

120
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

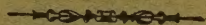
Présentée et soutenue le jeudi 24 janvier 1895, à 1 heure

Par A. RAFFRAY

Né à l'Île-Maurice, le 30 mai 1867

DES MÉTRITES

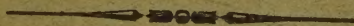
CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES



Président : M. PAUL BERGER, professeur.

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
 { SCHWARTZ, QUÉNU, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 24 janvier 1895, à 1 heure

Par A. RAFFRAY

Né à l'Île-Maurice, le 30 mai 1867

DES MÉTRITES

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Président : M. PAUL BERGER, professeur.

Juges : MM. LE DENTU, professeur.
SCHWARTZ, QUÉNU, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Boyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS-DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TILLAX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTNER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

DES MÉTRITES

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

INTRODUCTION

Depuis ces dernières années, l'étude des affections génitales de la femme est entrée dans une voie toute nouvelle et la clarté s'est faite dans cette pathologie du petit bassin qui avait été entourée pendant si longtemps d'un voile obscur. Sous l'influence des progrès de l'antisepsie, qui ont permis, grâce à des interventions précoces, de constater les lésions de l'utérus et des annexes à leur début ; et grâce aussi à la bactériologie, qui nous a donné la clé de certaines infections de l'appareil génital de la femme, les différents types morbides de ces organes se sont dégagés, et nous savons exactement aujourd'hui la part qui revient dans les maladies de l'excavation pelvienne à l'utérus et aux annexes.

La métrite, confondue pendant si longtemps avec les inflammations annexielles et celles du tissu cellulaire péri-utérin, possède actuellement son autonomie propre, et l'étude clinique des affections les plus complexes du système génital nous permet de rapporter à tel ou tel organe les signes physiques et fonctionnels que nous enregistrons.

La part qui revient à l'utérus comme cause étiologique, des inflammations annexielles est nettement établie, et c'est à peine s'il existe encore quelques divergences au sujet du mécanisme de la propagation des lésions aux organes voisins. Grâce aux nombreux travaux qui ont été publiés dernièrement, et en particulier à ceux de Pozzi Bouilly et Doléris, la métrite possède son histoire complète, tant au point de vue symptomatique que thérapeutique.

Depuis l'avènement de l'antisepsie, nous possédons des armes sérieuses pour lutter contre les phlegmasies utérines qui résistaient aux anciens traitements les mieux compris. L'idée de détruire les masses fongueuses intra-utérines par l'instrument tranchant avait été conçue par Récamier ; mais, comme on le comprend, cette thérapeutique hardie ne devait entrer dans la pratique courante qu'après l'usage de l'antisepsie. Doléris eut surtout le mérite de remettre en honneur cette opération restée dans l'oubli pendant de nombreuses années ; cet auteur, dans une série de publications extrêmement intéressantes, a repris complètement l'histoire des métrites et nous a fait voir les résultats que l'on pouvait attendre du curettage de l'utérus. Acceptée tout d'abord avec timidité et réserve de la majorité des chirurgiens, cette opération devait par l'expérience s'imposer, et prendre le rang qu'elle mérite dans la thérapeutique des métrites. La voie était dès lors ouverte, les efforts de Doléris n'avaient pas été vains ; et à partir de ce moment, il ne se passa pas une année sans que cette question ne soit traitée sous une forme quelconque, dans des mémoires ou des thèses ; et la Société de chirurgie à son tour, à plusieurs reprises, devait elle aussi mettre ce point à l'étude.

La métrite, de nos jours, est peut-être une des affections les mieux connues dans son ensemble; et il n'est pas un médecin qui ne pense en posséder les moindres éléments. Cette maladie, par sa fréquence et sa banalité, paraît d'une grande simplicité et chacun croit la connaître lorsqu'il sait qu'elle se caractérise par de la leucorrhée et qu'elle est justiciable des cautérisations dans un premier stade, et du curettage si ces moyens ont échoué. Nous n'exagérons pas, et nous avons la ferme conviction, qu'à part les gynécologues de profession, la plupart des praticiens connaissent fort peu la question; nous avons pu nous en rendre compte maintes fois, en causant avec les médecins qui fréquentent les services hospitaliers. Nous avons aussi vu très souvent des malades adressées à notre maître, M. Bouilly, pour des lésions utérines qui avaient été bien notées, mais mal interprétées; et c'est ainsi que dans un nombre considérable de cas, nous avons observé des femmes qui avaient été curettées deux et trois fois, et qui n'avaient retiré aucun résultat de ces interventions, parce qu'une opération complémentaire sur le col avait été négligée; dans d'autres circonstances, ce sont des malades à gros col de métrite parenchymateuse, qui ont subi des cautérisations pendant des mois; il en résultait une épidermisation du segment cervical qui en imposait pour une guérison, mais ces femmes continuaient à souffrir, et l'amputation partielle du col, en supprimant les kystes glandulaires, remettait tout en état. Nous avons souvent entendu notre maître M. Bouilly dire que cette pathologie utérine était très mal connue, malgré les travaux qui l'ont pourtant presque complètement élucidée.

Il nous a paru intéressant de reprendre ce point de la pathologie féminine; dans le cours de notre internat, et

particulièrement cette année dans le service de notre excellent maître, M. Bouilly, nous avons eu occasion de voir et d'étudier un nombre considérable de métrites ; les unes traitées à l'hôpital Cochin, les autres à la consultation de la Maternité. Notre expérience est encore peu grande, mais tout en signalant les faits que les travaux de ces dernières années ont nettement établis, nous insisterons principalement sur ceux que nous avons vus. Les riches matériaux que nous avons eu à notre disposition et les savantes leçons de notre maître nous ont permis de nous former une opinion.

Nous nous occuperons spécialement des inflammations utérines que nous envisagerons dans leurs causes étiologiques, cliniques et thérapeutiques, laissant à dessein de côté tout ce qui se rapporte aux lésions voisines (tissu cellulaire, annexes et péritoine), dont la participation est fréquente à la suite de l'infection de l'utérus.

Dans un premier chapitre, nous rappellerons brièvement les caractères anatomiques normaux du col de l'utérus, et nous signalerons les causes étiologiques des métrites.

Nous nous occuperons ensuite de la description clinique, et nous prendrons comme type, d'une part la métrite d'origine puerpérale, et d'autre part la métrite blennorrhagique. Nous espérons démontrer que ces deux formes ont une évolution particulière et des symptômes différents qui permettent dans l'immense majorité des cas de les séparer cliniquement.

Nous réunirons dans un chapitre commun, les troubles réflexes que l'on peut voir éclater au cours de la maladie, ils sont très importants à connaître par leurs conséquences et les erreurs auxquelles ils prêtent.

La thérapeutique des métrites sera divisée en deux parties : la prophylaxie et le traitement proprement dit. Nous nous garderons bien d'étudier en détail les différents moyens qui ont été préconisés contre cette affection; une pareille énumération aurait peu d'intérêt, et nous préférons nous en tenir à un point de vue plus pratique, en insistant sur ce qu'il convient de faire dans tel et tel cas.

Enfin, nous terminerons ce travail en relatant quelques observations qui nous ont paru intéressantes par les conclusions qui peuvent en être déduites.

Nous en restreindrons le nombre, pensant qu'il est inutile de répéter ce que nous dirons en décrivant les symptômes de cette affection.

Cette étude, telle que nous l'avons envisagée, est excessivement vaste, et il faudrait un volume pour entrer dans les détails que comporte un pareil sujet. Nous n'avons nullement l'intention d'être complet, et c'est pourquoi nous avons intitulé notre travail : « *Des métrites. Considérations cliniques et thérapeutiques* », nous réservant seulement d'attirer l'attention sur certains points, dont la portée pratique n'échappera à personne.

Arrivé au terme final de nos études médicales, nous sommes heureux de pouvoir adresser à tous nos maîtres l'expression de notre gratitude et de nos remerciements.

Nous prions M. le professeur Paul Berger, notre premier maître, de recevoir ici un respectueux hommage de profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, pour la bienveillance qu'il n'a jamais cessé de nous montrer pendant l'année que nous avons passée à l'hôpital Lariboisière, où nous avons appris à aimer la chirurgie. Nous regrettons beaucoup que les circonstances ne nous permettent pas de

terminer notre internat, afin de profiter encore de ses savantes leçons.

Nous saisissons avec empressement l'occasion qui nous est offerte aujourd'hui de remercier vivement M. le D^r Barth de l'accueil bienveillant que nous avons toujours trouvé auprès de lui. C'est à ce maître que nous devons la plus grande part de notre instruction médicale, et nous nous efforcerons de mettre à profit son enseignement.

M. Jules Simon, médecin de l'hôpital des Enfants Malades, nous a initié aux difficultés de la clinique infantile, nous faisant profiter de sa grande expérience. Nous le prions de recevoir l'expression de notre reconnaissance.

Comme interne provisoire, et en première année d'internat, nous avons eu l'honneur d'être l'élève de MM. Prengueber, Walther, Jalaguier Marie, Hirtz, et Josias. Nous sommes heureux de les remercier ici de ce qu'ils nous ont appris et de l'intérêt qu'ils nous ont toujours témoigné.

En deuxième année d'internat nous avons eu la bonne fortune d'avoir comme maître M. le D^r Ch. Monod chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. Cette année aura été pour nous des plus fructueuses et nous en garderons toujours le souvenir. Cet excellent maître, après nous avoir initié à sa pratique, nous a permis de faire sous sa direction la plupart des opérations de haute chirurgie. Qu'il soit assuré de notre respect et de notre profonde affection.

Enfin, le D^r Bouilly, qui aura été notre dernier maître, a droit à toute notre reconnaissance pour les conseils qu'il nous a donnés, ce qui nous a permis d'entreprendre cette tâche. Pendant la première partie de l'année, nous avons été chargé du service de la Maternité, et notre maître nous a confié toutes les interventions obstétricales qui se sont présentées. Nous lui sommes reconnaissant de cette

marque de confiance. Nous avons terminé l'année en l'aidant à ses opérations, et nous avons pu ainsi apprécier les qualités cliniques et la sûreté de main de ce maître qui nous a inspiré le goût de la gynécologie. Nous sommes fier d'avoir été à pareille école, et nous le remercions vivement de nous avoir en maintes circonstances fait tenir le bistouri.

Nous devons également payer notre dette de reconnaissance à nos autres maîtres dans les hôpitaux, qui nous ont bien accueilli et qui nous ont fait profiter de leur enseignement. MM. Hanot, G. Marchant, Potherat, Broca et le Dr Brocq auquel nous devons nos connaissances en dermatologie.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie du col et étiologie des métrites.

Avant d'aborder l'étude des métrites, nous pensons qu'il est utile de rappeler brièvement les caractères que présente à l'état normal le col de l'utérus. Cet aperçu anatomique nous servira en quelque sorte d'entrée en matière, et nous permettra de mieux saisir les différences fondamentales qui existent entre le col sain et celui touché par l'inflammation.

L'utérus, organe de la gestation, joue un rôle capital dans l'existence de la femme par les congestions périodiques auxquelles il est soumis, et par les nombreuses sympathies qu'il est susceptible d'éveiller. Situé dans l'excavation pelvienne, entre la vessie et le rectum, l'utérus présente à considérer deux portions, l'une sus-vaginale ou pelvienne, qui ne nous est accessible que par la palpation bi-manuelle, et l'autre intra-vaginale, qui fait une saillie plus ou moins considérable dans ce conduit, pouvant être explorée par le doigt et par la vue. Cette partie de l'utérus présente par conséquent une importance de premier ordre, puisque nous pouvons par l'exploration directe nous rendre compte de l'évolution des affections pathologiques qui l'atteignent.

L'aspect sous lequel se présente le col lorsqu'on l'examine au moyen du spéculum est éminemment variable et

dépend de l'état de santé ou de maladie. En étudiant les signes physiques des métrites nous aurons à considérer les différentes altérations qu'il présente ; pour le moment nous devons nous contenter de nous familiariser avec la vue d'un col sain. Afin de mieux nous orienter, il faut établir des divisions et l'étudier chez la vierge, la nullipare, la multipare, la femme âgée et dans l'état de grossesse (1).

Chez la vierge, le col se présente sous forme d'une partie conique, pointue quelquefois. A surface lisse, d'une coloration blanc-rosée, ayant à son centre un orifice punctiforme.

A un stade plus avancé, chez la nullipare, le col se modifie quelque peu sous l'influence des rapports sexuels. Sa coloration devient grisâtre, son sommet s'aplatit, et il prend une forme plus ou moins cylindrique.

Mais sa configuration extérieure est surtout modifiée par la grossesse. Pendant la gestation, le col dans une première période se ramollit, sa surface devient d'un rouge livide, l'orifice externe laisse écouler une grande quantité de mucosités blanchâtres. Ce ramollissement des premiers temps s'accroît de plus en plus et le col finit par être représenté par une sorte de champignon mollassé, difficile à trouver pour les débutants. A ce moment, les phénomènes de travail apparaissent, le col dans un premier temps s'efface, puis se dilate, et permet ainsi l'expulsion du fœtus. Par suite de cette grande dilatation, très souvent la partie fœtale s'engage sans amener la moindre solution de continuité du tissu utérin ; le plus souvent la tête presse contre l'orifice un peu étroit, et il se fait une déchirure.

1. Testut. *Traité d'anatomie descriptive*. Tome III, p. 1054.

Celle-ci dépend souvent de la rigidité du muscle ou d'une intervention maladroite. Par suite de la plus grande fréquence des présentations en O.I.G.A., cette déchirure a lieu le plus souvent à gauche, mais il faut savoir également qu'elle peut se produire à droite, en arrière, ou sur les deux côtés. Quoi qu'il en soit, après l'accouchement, le col a été déchiré ou il ne l'a pas été, et suivant le cas il se présentera sous un aspect différent. Nous ne parlons bien entendu ici que du col normal, nous verrons ultérieurement l'importance que cette déchirure peut avoir sur la fréquence d'une infection et sur l'évolution de la métrite.

Si le col n'a pas été lacéré, l'orifice externe au lieu d'être arrondi, est légèrement transversal ; mais son ouverture si peu marquée ne permet pas encore de déliminer deux lèvres, le col en un mot a repris son aspect primitif, quoique néanmoins il soit un peu plus gros et plus aplati d'avant en arrière.

Jusqu'ici, dans tous les états sous lesquels se montre le col, nous n'avons pas parlé de sa muqueuse pour la bonne raison qu'il était impossible de l'inspecter directement. Il n'en est pas de même lorsque l'accouchement s'est accompagné d'une large déchirure ; dans ces conditions, bien que parfois le col se cicatrise, le plus souvent il existe une large fente transversale limitée par deux bourrelets qui constituent les lèvres supérieure et inférieure du segment cervical. Leur surface est lisse, grisâtre ; au moyen du spéculum on peut écarter ces deux valves et voir la muqueuse cervicale qui se présente avec des caractères normaux, à savoir : d'un aspect blanchâtre, ne présentant à sa surface aucune nodosité, ni aucune de ces altérations que nous apprendrons à connaître plus tard.

A un âge plus avancé, quel que soit le nombre de gros-

sesses antérieures, le col vers la ménopause commence à diminuer de volume ; il subit cette loi commune qui est le propre de la vieillesse, il s'atrophie, et finit par être au même niveau que le cul-de-sac vaginal.

Tels sont rapidement esquissés les aspects sous lesquels se présente le col à l'état normal; nous apprendrons à différencier dans la suite les modifications que l'inflammation lui imprime.

Nous ne voulons pas insister davantage sur l'étude anatomique et physiologique du col qui est très bien connue ; ce léger aperçu nous suffit et nous pouvons maintenant aborder le sujet qui doit nous occuper.

Lorsque nous nous étendrons sur le traitement des métrites, nous attacherons une grande importance à la prophylaxie de cette affection ; il nous faut par conséquent rappeler rapidement les conditions dans lesquelles elle se montre.

Les opinions les plus diverses ont été émises sur sa nature, et il faudrait tout un chapitre pour passer en revue ces mille hypothèses. La question n'a fait un pas décisif que depuis l'avènement de la bactériologie, ici comme partout ailleurs le voile obscur s'est déchiré et la vérité est apparue. Actuellement, de l'avis de tous, la métrite est une maladie infectieuse locale, infection qui atteint l'utérus dans certaines conditions déterminées.

Sa fréquence est très grande, elle peut se montrer aussi bien chez la vierge que chez la femme après la ménopause ; mais à part des cas exceptionnels, la métrite est une affection de la période d'activité sexuelle et l'étiologie vient confirmer cette assertion.

Les causes étiologiques peuvent se résumer en deux principales, qui sont : l'infection puerpérale et la blennor-

rhagie; à part cela, l'inflammation utérine est rare et ne se montre qu'exceptionnellement (1).

Nous avons dit précédemment que la métrite relevait d'une infection, elle est par conséquent microbienne; les lois de la pathologie nous apprennent que le microbe n'est pas tout, mais qu'il faut encore qu'il trouve un terrain favorable pour son développement; c'est ici qu'interviennent les causes prédisposantes, qui créent le « *locus minoris resistantie* ».

Les recherches microbiologiques de ces dernières années, faites tant en Allemagne qu'en France, ont prouvé que les staphylocoques, streptocoques et le gonocoque n'étaient pas les seuls coupables; en effet, Legrain a démontré qu'à l'état normal la muqueuse de l'urèthre chez l'homme contenait à sa surface des éléments microbiens en quantité considérable, inoffensifs le plus souvent, mais pouvant se réveiller à certains moments et devenir le point de départ d'une infection excessivement atténuée. Il en est de même de la cavité vaginale, qui est admirablement disposée pour servir de refuge aux micro-organismes; la saleté et le manque de soins de cette partie favorisant leur développement, et l'on comprend que sous certaines influences diathésiques, traumatiques et surtout par des excès de coït, il se fasse une inoculation de la muqueuse. Ces faits, nous devons nous hâter de l'ajouter, constituent une très grande exception, et certains auteurs se demandent avec raison si ces cas ne relèvent pas invariablement d'une infection gonococcique.

On peut quelquefois voir se développer à la suite d'une

1. Pozzi. *Etiologie et pathogénie des métrites*. *Mercure Médical*, 9 avril 1890.

- maladie infectieuse générale, scarlatine, variole, rougeole, etc., une métrite qu'on est en droit de regarder comme une manifestation locale de l'état infectieux qui a envahi l'organisme. Encore une fois ces cas sont exceptionnels et c'est une quantité négligeable.

Occupons-nous maintenant de l'infection puerpérale et de la blennorrhagie, les deux facteurs essentiels de la métrite ; il est admis en effet par tous les auteurs que ce sont les causes les plus fréquentes de cette affection. Celle-ci peut se montrer à la suite d'un avortement, d'un accouchement prématuré, ou à terme. Après l'expulsion du délivre, la surface interne de l'utérus présente une vaste plaie toute préparée à se laisser envahir par l'infection ; de même, au niveau du col de l'utérus, il se produit très fréquemment une déchirure, et cette solution de continuité peut servir de porte d'entrée aux micro-organismes infectieux. Dans d'autres circonstances l'infection n'a pas lieu immédiatement, ce n'est que quelques jours plus tard que l'utérus est atteint, il faut alors incriminer un bout de placenta putréfié, ou des lambeaux de membranes non détachés, qui se sphacèlent et qui deviennent l'occasion du développement de colonies microbiennes.

Il y a quelques années encore, à la suite de la plupart des accouchements, les malades vers le deuxième ou troisième jour avaient de la fièvre, en même temps que quelques signes d'embarras gastrique et de la douleur abdominale. Tout cela était rapporté à cette fameuse fièvre de lait qui a satisfait les esprits pendant si longtemps. Les recherches modernes de Doléris, Widal et de tant d'autres, ont démontré de la façon la plus absolue que cette fièvre de lait n'existait pas, et que la température témoignait d'un état infectieux, de sorte qu'à côté de ces empoisonnements

foudroyants par le streptocoque, de ces cas de métrosalpingo-ovaro-péritonite suppurés, est venue se placer l'infection atténuée, celle qui s'installe sournoisement, se manifestant par quelques douleurs abdominales, un peu de fièvre et surtout par l'odeur aigrelette des lochies. Les expériences et les recherches de Doederlin ont montré que dans ces cas les lochies contenaient des microbes, alors qu'il n'y en avait pas trace dans celles des femmes dont les suites de couches étaient normales. Cette métrite aiguë ou subaiguë devient le point de départ d'une métrite chronique, que nous retrouverons plus tard dans le cours de notre description.

Par conséquent cette endométrite est bien de nature infectieuse. Mais d'où viennent les micro-organismes et quels sont-ils ? On a admis pendant très longtemps que l'infection pouvait venir du dehors (*hétéro-infection*) ou qu'elle était produite par la femme elle-même (*auto-infection*). Cette dernière cause, il faut bien le dire, est exceptionnelle ; s'il existe en effet des micro-organismes dans le vagin d'une femme enceinte, ils sont malgré tout incapables d'amener au moment de la délivrance une contamination de quelque importance, d'ailleurs comme on l'a dit la rupture de la poche des eaux produit un véritable lavage des parties génitales. L'utérus dans sa zone supérieure, au-dessus du col, a toujours été trouvé exempt de germes, et si on en constate, il faut bien se persuader qu'ils y ont été amenés.

L'infection d'origine externe est la seule importante, et autrefois alors que les accouchements étaient pratiqués sans aucune précaution, la majorité des suites de couches étaient pathologiques ; actuellement que l'on connaît le danger et que l'on prend des soins, ces cas tendent à dis-

paraître, et il est permis d'espérer que dans un avenir assez proche le nombre en sera réduit au minimum.

Cette contamination se fait par un toucher malpropre, avec un doigt insuffisamment lavé, qui a été souillé d'impuretés, de pus, les jours précédents.

Dans d'autres conditions, l'infection est due à une opération obstétricale, à une application de forceps, à une version ou à une délivrance artificielle, pratiquée avec une main non aseptiquée. Voilà des facteurs que l'on retrouve à chaque instant dans l'étiologie des métrites. D'autres fois c'est la malade qui a repris ses occupations trop tôt, l'utérus n'a pas eu le temps d'accomplir son involution, il reste gros, congestionné ; et sous l'influence d'une injection mal faite avec un liquide non aseptique, ou avec une canule malpropre, l'infection se déclare.

Enfin, signalons en terminant ce rapide exposé, la fréquence des métrites à la suite des avortements criminels ; lorsque la malade n'a pas d'accidents très graves, il est rare, par suite des conditions défectueuses dans lesquelles cette opération est faite, que l'utérus ne devienne le point de départ d'une infection atténuée.

Sur le même plan que la parturition, nous placerons la blennorrhagie, qui a à son actif un grand nombre de méfaits. Cette donnée étiologique est encore de date relativement récente, et ce point n'a été éclairé que grâce aux progrès de la bactériologie ; la métrite blennorrhagique devait être ignorée, jusqu'au jour où le microscope a pu faire découvrir le gonocoque, agent infectieux de cette maladie. La plupart des métrites du col, que nous reconnaissons aujourd'hui comme étant de nature blennorrhagique, ne l'étaient pas autrefois pour la double raison : que la goutte militaire était considérée comme non conta-

gieuse, et que cette métrite cervicale n'était pas accompagnée de vaginite. Il a fallu en revenir sur ces opinions, et le microscope aidé d'études cliniques mieux faites et mieux comprises, a démontré que ces idées étaient erronées ; et a marqué la place importante que la blennorrhagie devait occuper dans cette étiologie. La blennorrhagie, en effet, ne se communique pas à la femme au moment de la période aiguë, le malheureux qui en est atteint souffre trop pour songer aux rapports sexuels ; plus nombreux sont les cas de contamination dans la période subaiguë du mal, alors que l'érection et la miction sont devenues indolentes. Ce fait n'avait pas échappé aux observateurs, mais ce qu'ils ignoraient, c'est que la goutte militaire, stade ultime de la blennorrhagie dans sa période chronique, pouvait revendiquer une grande part dans le développement des métrites. Actuellement nous pensons qu'il n'y a aucun gynécologue qui n'admette cette infection.

Le plus souvent, les choses se passent de la façon suivante : le malade atteint de goutte militaire fréquente une femme pendant un certain temps ; s'il ne se livre pas à des excès de coït ou de boisson, sa goutte change peu de caractères et se présente à l'examen comme formée par du mucus, des cellules épithéliales et quelques rares globules de muco-pus ; l'examen le plus soigneux ne permet pas souvent de déceler la présence du gonocoque ou même d'un autre micro-organisme ; qu'on nous passe l'expression, c'est en quelque sorte une goutte aseptique, incapable de contaminer la femme ; mais pourtant elle témoigne de l'état inflammatoire du canal et l'examen des urines qui laisse voir des filaments en est la confirmation.

Cet état inflammatoire latent, sous l'influence d'une des causes que nous avons énumérées précédemment, peut

augmenter, et le gonocoque repullule. L'écoulement par conséquent peut d'un jour à l'autre devenir infectieux. Ceci n'est pas une pure vue de l'esprit. Janet a maintes fois prouvé que ces gouttes soi-disant aseptiques, et ayant une durée de plusieurs années, pouvaient sous l'influence de quelques verres de bière se transformer en une véritable culture de gonocoque.

Voilà un point nettement établi de nos jours. Ce qui avait trompé les anciens auteurs et ce qui leur avait fait nier l'influence de la blennorrhagie, c'est qu'ainsi que nous le disions, il n'y avait pas de vaginite concomitante ; il a fallu des observations mieux prises pour démontrer que la vaginite n'était pas la compagne obligatoire de la métrite, et que l'infection pouvait atteindre le col d'emblée. Enfin la preuve bactériologique est venue confirmer ces données en montrant dans quelques cas la présence du gonocoque dans l'écoulement purulent du col.

La blennorrhagie est donc coupable dans maintes circonstances, et nous aurons à revenir plus en détail sur ce point lorsque nous nous occuperons de la prophylaxie des métrites.

A côté de ces infections puerpérales, blennorrhagiques, faisons une toute petite place pour les métrites qui succèdent à l'exploration utérine. Un de nos maîtres nous racontait que lorsqu'il était interne il avait vu des femmes avoir 40° de température le soir du jour où on leur avait fait un simple toucher vaginal ! Ces temps néfastes ont disparu pour toujours, mais quelquefois encore maintenant, la métrite reconnaît pour cause un cathétérisme malpropre ou une opération non aseptique pratiquée sur l'utérus.

CHAPITRE II

Métrite d'origine puerpérale.

DESCRIPTION CLINIQUE

Les auteurs classiques, après avoir décrit les troubles fonctionnels qui sont communs aux métrites, étudient dans un chapitre spécial les différentes variétés de cette affection. Variétés qui dépendent suivant les uns de l'état anatomique des parties malades, ou de l'aspect sous lequel se présente le col à l'examen ; d'autres enfin, décrivent des variétés qui dépendent de la plus ou moins grande prédominance d'un symptôme, créant ainsi des formes catarrhale, fongueuse, hémorrhagique et douloureuse. Ces classifications ne sont pas mauvaises et peuvent être conservées, mais pour notre part elles ne nous satisfont pas complètement, et le plus grand reproche que nous leur adressions est le suivant : les métrites ainsi classées ne se présentent à notre attention qu'à un moment de leur évolution, et nous ne soupçonnons pas ce qu'elles ont été dans leurs premiers stades ni ce qu'elles seront dans leurs périodes ultimes.

Prenons un exemple, la métrite catarrhale : cette expression nous indique que la forme en question a comme caractère principal de s'accompagner d'un abondant écoulement de catarrhe, mais elle est muette sur la façon dont cette forme a débuté, ni sur ce qu'elle deviendra dans l'ave-

nir ; il en est de même de la métrite fongueuse. Cette classification répond à un état particulier de la muqueuse, mais comment et pourquoi ces fongosités se sont-elles développées, l'épithète ne nous l'apprend pas.

Ces deux exemples suffisent à démontrer que ces classifications sont purement artificielles, et qu'elles ne nous laissent voir qu'un coin du tableau. Nous nous permettrons cette légère critique et nous exposerons quelle est à notre avis celle qui répond le mieux aux besoins de la clinique.

Les classiques font également précéder les signes physiques des métrites d'une étude très détaillée des troubles fonctionnels ; la leucorrhée, les métrorrhagies, la dysménorrhée, la douleur, sont ainsi passées en revue. Il y a encore là quelque chose qui nous choque, car le symptôme en lui-même n'est pas tout, et nous voudrions savoir comment il apparaît et la cause qui lui a donné naissance, et enfin comment il se comporte suivant l'évolution de la maladie ; de sorte qu'au lieu d'étudier le symptôme pris isolément, il nous semble qu'il y aurait avantage à le mettre en relief à telle ou telle période de la phlegmasie utérine.

Voici comment nous comprenons cette question.

La métrite d'après les causes étiologiques que nous lui avons assignées, relève de deux facteurs principaux : la puerpéralité et la blennorrhagie. Nous faisons abstraction des autres causes banales susceptibles de la produire. Nous pensons que tout le monde est d'accord sur le rôle que jouent ces deux états pathologiques, cela étant admis, nous rejetons toutes les classifications antérieures basées sur la clinique et l'anatomie pathologique, pour n'admettre qu'une seule, celle qui relève de l'étiologie.

La puerpéralité est une des causes de la métrite aiguë, infection puerpérale atténuée; cette forme aiguë peut guérir complètement ou passer à la chronicité; dans certains cas cette métrite post-puerpérale peut être chronique d'emblée. Nous partirons du point de départ et nous verrons les différentes phases par lesquelles passent le col de l'utérus et la muqueuse corporelle, depuis son inoculation et sa déchirure, jusqu'au terme ultime qui est le gros col scléro-kystique de la métrite parenchymateuse, avec les états intermédiaires que l'affection présente, ses pseudo-ulcérations, ses rétentions glandulaires, etc.

A côté de cette forme s'accompagnant de déchirure du col, nous étudierons également la métrite post-puerpérale ne se compliquant pas de lacération, et nous ferons voir ce qui les fait différer cliniquement.

Chemin faisant nous étudierons les troubles fonctionnels qui sont sous la dépendance de cette métrite, insistant sur les symptômes qui lui sont propres et qui servent à la différencier des métrites qui relèvent d'une autre cause.

En procédant de la sorte nous partirons d'un point connu, de l'étiologie; et nous poursuivrons cette étude en faisant voir comment cette affection se comporte depuis son début jusqu'à sa terminaison. Le tableau sera dès lors complet, l'histoire clinique en sera ininterrompue.

Nous ferons de même pour la blennorrhagie, cette puissante cause de la métrite. Nous ferons voir comment elle se présente à l'état aigu et dans ses périodes chroniques. Nous étudierons ses formes légères « Endométrite catarrhale », susceptible de guérir ou de se transformer en endométrite glandulaire rebelle; nous mettrons en relief ses symptômes fonctionnels les plus saillants, faisant ressortir complètement ce que peut la blennorrhagie sur

l'utérus et la façon dont elle se comporte à son égard.

Dans un chapitre commun aux deux formes étiologiques nous placerons le retentissement que peuvent produire les métrites quelles qu'en soient leurs formes sur l'état général des malades. Ce chapitre des symptômes réflexes complètera notre étude clinique des métrites.

Pour nous résumer, la métrite 99 fois sur 100 relève de la puerpéralité ou de la blennorrhagie ; ces deux formes ont une histoire distincte, peuvent et doivent être différenciées dans leurs signes physiques et fonctionnels. Leur étude par conséquent doit être faite à part.

Mais avant d'aborder notre sujet, tel que nous le comprenons, nous devons dire deux mots au sujet des différences qu'on a voulu établir entre les métrites du col et celles du corps ; et nous voudrions aussi nous entendre sur cette forme spéciale d'endométrite hémorrhagique qui ne trouvera pas place dans notre description, attendu que nous ne la considérons pas comme une vraie métrite.

L'inflammation utérine étant une affection produite par une infection de cause externe, le col sera dans l'immense majorité des cas la première partie atteinte et pendant très longtemps l'endométrite cervicale sera seule en cause. Mais par suite de la durée de l'affection, il est bien rare que l'inflammation ne se propage pas par continuité de la muqueuse du col à celle du corps, de sorte qu'à une certaine période de leur évolution la plupart des métrites sont des métrites totales. Seulement nous ajouterons que le plus souvent les lésions sont plus étendues et plus profondes au niveau du col. Cette opinion n'est pas admise par tous les auteurs, et certains d'entre eux prétendent que le sphincter interne constitue une barrière et défend la muqueuse corporelle, comme le sphincter membraneux

protège l'urèthre postérieur chez l'homme. Cette comparaison n'est pas valable, attendu qu'on tend à admettre actuellement que l'urétrite postérieure est très souvent la compagne de l'urétrite antérieure (Guiard). Quoi qu'il en soit de ce petit point sur lequel on discute encore, nous dirons que l'endométrite totale est sinon de règle, du moins très fréquente, mais avec prédominance des lésions au niveau du col.

Dans notre description nous ne les séparerons pas au point de vue symptomatologique, il y a à cet égard peu de différence, si ce n'est que les métrorrhagies relèvent presque exclusivement de la métrite corporelle.

Pour ce qui est de l'endométrite hémorragique, nous l'éliminerons, car nous ne la considérons pas comme une endométrite. Le symptôme hémorragie a créé un type de métrite par une interprétation qui est à notre avis erronée. Les auteurs en parlant de l'endométrite hémorragique la décrivent comme succédant à un avortement et ayant pour caractère principal des pertes de sang profuses et continues, pouvant conduire les malades à un degré avancé de cachexie, et ils ajoutent que dans ces cas le curettage fait merveille.

Nous sommes d'accord au sujet de l'étiologie, de la symptomatologie et du traitement qu'il convient d'appliquer à cette hémorragie qui succède à l'avortement, mais nous protestons contre cette épithète d'endométrite qui lui a été assignée; attendu qu'il n'y a pas endométrite, mais très souvent rétention aseptique d'un fragment placentaire qui empêche la subinvolution utérine et qui est cause de l'hémorragie.

Nous avons eu l'occasion d'observer et de traiter plusieurs cas de ce genre l'année dernière à Saint-Antoine ;

les observations de nos malades sont calquées les unes sur les autres, et voici comment les choses se passent. A la suite d'un avortement au troisième ou au quatrième mois, après l'expulsion de l'embryon et du placenta, il se produit au bout de quelques jours une métrorrhagie d'une durée et d'une abondance variables, pouvant amener un état d'anémie excessivement intense. L'hémorrhagie constitue le seul symptôme ; en dehors de cela aucune perte blanche, pas de douleur, pas d'odeur vaginale, pas de fièvre. A l'examen on constate que l'utérus n'a pas achevé sa régression le col est entr'ouvert, déchiqueté très souvent et présentant quelquefois à son niveau des caillots. L'hystéromètre permet d'apprécier la longueur de l'utérus, rarement normale, le plus souvent on note 10, 12 et 14 centimètres. On pratique le curettage qui ramène des caillots et des débris placentaires vivants. Quelques jours après, l'utérus a repris ses dimensions, et l'hémorrhagie s'est arrêtée définitivement. C'est même dans cette soi-disant forme d'endométrite que le curettage a donné ses plus beaux résultats, cela est très vrai, mais nous pensons qu'il vaudrait mieux dire qu'il s'agit d'une rétention placentaire aseptique plutôt qu'endométrite. Qui dit endométrite dit inflammation, infection, or, ici l'utérus est nous le répétons ; aseptique, du moins dans sa période initiale, mais cette muqueuse peut facilement s'infecter, constituant alors une des formes de métrite que nous étudierons plus tard.

Disons-le immédiatement, les hémorrhagies au cours des métrites sont rares, et leur apparition doit toujours faire penser à un fibrome ou à quelque lésion annexielle.

Ceci dit, abordons l'étude des métrites proprement dites, et commençons par les formes puerpérales qui, par leur fréquence, et leur évolution à longue portée, présentent

un intérêt majeur. Afin de bien limiter notre sujet rappelons qu'après un accouchement ou un avortement les circonstances suivantes peuvent se présenter :

1° Retour de l'utérus à l'état normal avec ou sans déchirure du col. Accouchement physiologique.

2° Infection, dont les conséquences varieront suivant le terrain et surtout suivant la virulence de l'agent pathogène, amenant par ordre de gravité décroissante :

a. Infection puerpérale suraiguë, sans lésions localisées : véritable empoisonnement septique ;

b. Métrite, compliquée de salpingo-péritonite, de phlébite, de périmétrite ou paramétrite.

c. Enfin, d'endométrite simple. Dans ce cas l'infection n'ayant pas dépassé l'utérus.

Les deux premières formes n'entrent pas dans le cadre que nous nous sommes tracé ; nous avons seulement à nous occuper de la troisième qui constitue l'infection puerpérale atténuée.

Cette infection peut se montrer dans les premiers jours qui suivent l'accouchement et se manifester par des phénomènes bruyants, alarmants, constituant l'endométrite puerpérale aiguë, qui se terminera, soit par la guérison, soit par passage à l'état chronique, plus rarement par la mort ; ou bien, elle peut ne se montrer que dans les deux ou trois premières semaines après l'accouchement constituant la forme chronique d'emblée.

Étudions la forme aiguë.

Son évolution est la suivante : à la suite d'un accouchement simple ou laborieux, la malade est prise deux ou trois jours après sa délivrance de phénomènes d'embarras gastrique se manifestant par de l'inappétence, langue sale, bouche mauvaise. Les vomissements sont exceptionnels.

Par contre, la diarrhée est un symptôme fréquent, cinq à six selles par jour et souvent selles fétides.

Céphalalgie privant quelquefois les malades de sommeil.

Ce sont d'habitude les seuls signes qui attirent l'attention et si on n'était prévenu par l'expérience, on serait tenté de rattacher ce complexe symptomatique à quelque embarras gastrique banal ou à la montée du lait. Mais, sachant que ces symptômes relèvent souvent d'un état inflammatoire utérin, on dirige les recherches de ce côté et l'on a la clé de ces désordres peu graves en apparence, mais qui le deviendraient rapidement si on n'y mettait bon ordre.

Le ventre est le plus souvent augmenté de volume et météorisé, la pression n'est pas très douloureuse, sauf pourtant au niveau de la région hypogastrique où il existe parfois une légère sensibilité. Enfin, ce qui confirme le diagnostic, ce sont les lochies ; on apprend alors qu'elles sont plus abondantes que d'habitude, la femme perd plus qu'elle ne devrait, mais surtout l'écoulement lochial a de l'odeur. A l'état normal cet écoulement est inodore ou peu s'en faut ; il présente une odeur fade *sui generis* ; dans le cas actuel il existe une odeur aigrelette allant dans les cas plus sérieux jusqu'à la fétidité. En écartant les grandes lèvres, on voit sourdre du vagin un liquide épais et brunâtre.

La peau est chaude, la fièvre est modérée, 38° le matin, 38°,5 ou 39° le soir. Le pouls n'est pas très fréquent, mais il est petit. Les frissons n'existent que s'il y a absorption veineuse des produits infectieux.

Telle est dans sa forme habituelle l'endométrite aiguë post-puerpérale, qui cède le plus souvent à quelques injections intra-utérines. Si la malade appartient à la classe

aisée et qu'elle puisse garder le lit le temps nécessaire, cette infection légère n'aura aucune suite fâcheuse, l'utérus une fois vidé reprendra ses dimensions normales. Il n'en est malheureusement pas ainsi dans la grande majorité des cas. Ces formes plus fréquentes dans les classes pauvres cèdent aux moyens thérapeutiques que nous avons indiqués, mais à peine le mieux est-il déclaré que la femme réclame son exeat, et faute des soins dont elle ne peut s'entourer, la métrite passe à l'état chronique. Cette tendance à la chronicité est favorisée par des injections mal faites, par des occupations prématurément reprise, ou par des rapports sexuels trop hâtifs ; enfin comme le fait remarquer Doléris, ce passage à la chronicité dépend également des irritations mécaniques, du manque de repos de l'utérus, de la menstruation, de la structure de la muqueuse et de la disposition des follicules glandulaires.

A côté de cette forme aiguë qui s'éternise, il y a la forme chronique d'emblée, dans laquelle les phénomènes primitifs ont été si peu accusés qu'ils ont passé inaperçus de la malade.

Il nous est arrivé très souvent d'examiner ces femmes atteintes de métrite et l'interrogatoire nous apprenait ceci. Les premiers symptômes consistant en leucorrhée, et pesanteur abdominale, ont apparu quinze jours, un ou deux mois après un accouchement ; avant leur apparition la santé générale était excellente, suites de couches en apparence régulières, pas de fièvre, pas de péritonite, comme disent les malades. Au bout de huit jours elles ont quitté le lit n'ayant pas de pertes. Après un intervalle de quelques semaines seulement, les premiers symptômes se sont montrés. Il faut admettre que dans ces cas l'infection a été encore plus atténuée que dans la forme

précédente ; ces femmes ne se préoccupent pas de leur santé, elles ne sont pas arrêtées dans leur travail et ne viennent consulter souvent qu'à une époque où les lésions utérines ont retenti sur leur état général, gastrique ou nerveux. Par un interrogatoire bien mené, on apprend alors que ces symptômes sont de date relativement récente, que leur santé avait été bonne jusqu'à leur premier ou deuxième accouchement qui remonte à plusieurs années ; que quelque temps après cette couche elles ont eu des pertes blanches, quelques irrégularités menstruelles, et des douleurs abdominales. Le clinicien reconnaîtra là le complexe symptomatique de la métrite, parfois plus accusé, parfois moins, les variétés étant innombrables ; il procédera ensuite à un examen local : le toucher vaginal lui donnera dans ces cas des renseignements moins nets que le spéculum, qui lui permettra de saisir les modifications que le col a subies. L'inspection montrera une des formes suivantes :

1^o Métrite chronique sans déchirure du col ni ectropion ;

2^o Métrite chronique invétérée, avec déchirure du col, ectropion de la muqueuse et dégénérescence scléro-kystique.

3^o Métrite chronique avec déchirure du col et dégénérescence scléro-kystique, mais sans ectropion de la muqueuse ;

4^o Enfin une métrite chronique parenchymateuse, avec cicatrisation de la déchirure antérieure et épidermisation de l'ectropion, laissant croire de prime-abord surtout à un débutant, que le col est sain.

Ces formes sont réelles et leur complexité n'est qu'apparente. Ce n'est pas indifféremment que ce gros col sera ectropionné non ; ou il y a une cause qui permet de l'expli-

quer et qui en règle le type clinique, c'est la déchirure du col au moment de l'accouchement. Ce facteur est d'une importance capitale ; sans déchirure, l'endométrite chronique avec dégénérescence scléro-kystique sera possible, mais on ne rencontrera jamais, du moins à un état aussi avancé, ces gros cols qui remplissent le vagin, et dont la muqueuse ectropionnée forme entre les deux lèvres deux bourrelets saillants ; ou encore ces cols déchirés mais cicatrisés, épidermisés, et laissant voir à leur surface des grains de plomb enchâssés dans leur tissu, qui ne sont autre chose que des kystes glandulaires.

Comme on le voit, la déchirure du col a une influence prépondérante sur la marche ultérieure des endométrites chroniques, nous devons donc commencer cette étude en disant quelques mots de cette complication qui régit à elle seule la marche de la métrite et qui différencie les types cliniques.

Nous avons vu en étudiant l'anatomie de l'utérus que cette déchirure n'avait aucune importance si l'accouchement avait eu lieu proprement, sans infection ; dans ce cas la cicatrisation s'opère facilement, et le plus souvent l'examen pratiqué plusieurs années après ne permettra pas de reconnaître la cicatrisation qui s'est opérée à son niveau. La situation est bien différente en cas d'infection, la muqueuse du col enflammée prolifère, et vient faire hernie entre les deux lèvres déchirées qui n'ont plus aucune tendance à se cicatriser, et cette cicatrisation ne se fait que tardivement après que des lésions irrémédiables de la muqueuse se sont constituées.

Les premiers gynécologues qui ont observé ces hernies de la muqueuse n'ont pas su les rattacher à leur véritable cause. Récamier, Lisfranc, Marjolin leur décrivaient

une symptomatologie spéciale et les considéraient comme une cause de l'endométrite. Ces ulcérations du col, comme ils les appelaient, étaient cautérisées énergiquement, sans résultat bien entendu. La réaction fut opérée par Velpeau et Gosselin. Ce dernier en 1843 démontra que l'ulcération était consécutive à l'endométrite, mais il n'avait fait faire qu'un pas à la question et c'est à Emmet que revient surtout l'honneur d'avoir montré le rôle de l'ectropion comme cause principale des lésions externes du col ; il eut le premier le mérite d'expliquer les lésions du col par déchirure de ce segment, et fit voir que l'ulcération n'était que l'étalement au dehors de la muqueuse intra-cervicale, après déchirure de l'orifice externe. C'est alors qu'il institua son opération, la trachelorrhaphie, que nous retrouverons dans un autre chapitre.

La déchirure du col prenait alors le premier rang et on comprit mieux comment les phénomènes s'enchaînaient, depuis sa production, jusqu'à ses conséquences les plus éloignées, à savoir : le gros col parenchymateux douloureux scléro-kystique.

Ces déchirures du col au moment de l'accouchement sont excessivement fréquentes, et d'après une statistique rapportée par Emmet elles se montreraient sur 32 pour 100 des femmes qui ont eu des enfants ; celle de Mundé se rapproche beaucoup de la précédente, ce dernier auteur donne 30 pour 100.

Parmi les causes qui favorisent sa production nous citons la primiparité, la rigidité du col, qui par son inextensibilité au moment du passage de la tête favorise son éclatement, le volume exagéré de la tête fœtale qui agit de la même façon, l'accouchement rapide ne permettant pas au col une dilatation complète, et enfin l'intervention

alors que le col n'est pas suffisamment dilaté; à une époque où l'accouchement forcé était recommandé, cet accident était beaucoup plus fréquent qu'il ne l'est actuellement où l'intervention est absolument contre-indiquée avant que la voie ne soit largement ouverte.

Cette déchirure siège le plus souvent en avant et à gauche, et ce lieu d'élection a été expliqué par la plus grande fréquence des présentations en OIGA. Mais il faut savoir qu'elle peut se produire également en avant et à droite. Parfois la lacération est double et atteint les deux extrémités du segment cervical, le plus souvent simple, elle peut être double, multiple, circonscrivant des lobules de tissu utérin, et donnant au col des aspects divers que nous retrouverons ultérieurement.

Son étendue est aussi très variable, le plus souvent elle ne dépasse pas la zone utérine; quelquefois, au contraire, elle se continue avec une déchirure de la muqueuse vaginale et révèle alors sa présence dans la suite par un nodule cicatriciel qui peut attirer l'utérus de ce côté.

Au moment de sa production, la déchirure du col peut ne se traduire par aucun symptôme qui mette le clinicien sur la voie du diagnostic, parfois au contraire il se fait une hémorrhagie qui peut par son abondance causer quelques craintes.

Cette déchirure, en dehors de la marche spéciale qu'elle imprimera à la métrite concomitante, est une porte ouverte à l'infection, et constitue dans la grande majorité des cas la porte d'entrée de ces états inflammatoires du petit bassin qui se révéleront dans les jours suivants sous forme d'une périmétrite ou d'un phlegmon de l'étage supérieur du ligament large. Nous n'insisterons pas

sur ces conséquences assurément très intéressantes, mais qui ne rentrent pas dans notre étude.

Voilà donc la déchirure du col produite et la métrite post-puerpérale constituée. Étudions maintenant l'évolution de cette dernière, et nous verrons l'influence que la déchirure exerce sur elle.

La muqueuse cervicale enflammée ne va pas tarder à perdre sa couleur grise et sa surface lisse, elle prolifère, devient tomenteuse, présente des anfractuosités et des sillons. Elle est villeuse, recouverte de végétations, surmontée de bourgeons charnus qui saignent facilement. Par suite de sa plus grande vascularité elle devient molle et friable. Les altérations portent sur tous ses éléments constitutifs, les cellules épithéliales et embryonnaires prolifèrent, l'inflammation atteint les glandes les plus superficielles, les vaisseaux se développent, deviennent plus volumineux.

Si on a l'occasion d'examiner ces cols à une période assez rapprochée du début des accidents, on les trouvera volumineux et recouverts d'un écoulement jaune-verdâtre ; après les avoir détergés, on reconnaîtra la déchirure plus ou moins étendue qu'ils présentent, et entre les deux portions de leurs lèvres, on verra la muqueuse rouge, boursouflée, exulcérée, comme déroulée à l'extérieur, renversée en rebord de pot de chambre (Bouilly).

Comment devons-nous interpréter cette ulcération et à quoi faut-il rapporter cet aspect particulier du col ? Comme nous le disions précédemment, les anciens auteurs avaient bien vu cette lésion qu'ils avaient appelée ulcération du col de l'utérus, et ils rattachaient à son existence les troubles fonctionnels dont se plaignaient les malades. Cette théorie a été ruinée par Emmet qui nous a

donné la clef du mécanisme de cette ulcération. M. Bouilly (1) dans un excellent article, a résumé la question, et est venu confirmer l'opinion de l'auteur américain. Jamais plus mauvais terme n'a été trouvé pour caractériser cet aspect du col, et pendant longtemps il a fallu se résigner à appeler ulcération ce qui n'en était pas. À part les ulcérations du col de nature tuberculeuse, cancéreuse ou syphilitique, ou les pertes de substances dues aux traumatismes, il n'y a pas d'ulcérations primitives, et cette apparence n'est qu'un épiphénomène, qu'une conséquence de l'inflammation de la muqueuse utérine.

Cette muqueuse cervicale gonflée, congestionnée, prolifère, et il se forme une hypertrophie de tous ses éléments propres; par suite de cet état elle se trouve comme à l'étroit à l'intérieur de l'utérus et à la faveur de cette déchirure elle fait hernie, s'étale au-dehors et se présente ainsi à la vue du clinicien. De sorte que ce que nous voyons n'est nullement une ulcération. Il n'y a là aucune perte de substance, ce n'est même pas une pseudo-ulcération, mais la muqueuse intra-cervicale qui s'est extériorée, constituant un véritable ectropion.

À cette période de son développement la métrite s'accompagne de symptômes fonctionnels en rapport avec l'état des lésions; la leucorrhée est le plus important et le plus constant: les malades se plaignent de perdre un liquide jaunâtre qui tache le linge. Cet écoulement est d'ailleurs excessivement variable dans sa durée, son apparition et son intensité. Quoi qu'il en soit, elle est la signature de l'inflammation utérine. C'est pourquoi certains

1. Bouilly. *Déchirure et ulcération du col de l'utérus*. *Semaine Médicale*, 5 septembre 1888.

auteurs ont dit avec raison qu'il n'y a pas de métrite sans leucorrhée. Elle est pendant longtemps le seul symptôme ; et c'est souvent ce qui décide les malades à venir consulter ; les règles sont d'habitude régulières, pas plus abondantes que par le passé ; quant aux métrorrhagies, elles font complètement défaut, c'est à peine s'il y a de temps à autre un léger suintement occasionné par cet aspect bourgeonnant de la muqueuse.

Un symptôme souvent accusé par les malades c'est la douleur, ou mieux une sensation de pesanteur abdominale ; en tous cas, les malades à cette période se plaignent peu. D'après ce qui précède, il résulte que les lésions locales ne sont pas en rapport avec les troubles fonctionnels qui sont insignifiants,

Malheureusement cette métrite cervicale n'a aucune tendance à la guérison, à moins qu'elle ne soit traitée très énergiquement ; le plus souvent les lésions évoluent sans que les femmes viennent consulter, ou si on leur applique un traitement, ce sont ces cautérisations intempestives de cette fausse ulcération, plus nuisibles qu'utiles. Certains médecins se contentent de faire un curettage qui ne diminue en rien les pertes blanches, et qui ne saurait également modifier l'état du col qui réclamerait une opération complémentaire.

Il en résulte que la métrite devient invétérée, la lésion pendant longtemps limitée à la muqueuse cervicale s'étend en étendue et en profondeur ; en étendue, en gagnant la muqueuse corporelle ; en profondeur, en atteignant les tissus sous muqueux glandulaires et inter glandulaires. Le col, riche en glandes, se laisse envahir par l'élément infectieux qui atteint ses-culs-de-sac, devenant ainsi, à l'abri de toute médication locale. L'ectropion muqueux,

soit par ces cautérisations dont nous avons parlé, soit spontanément sous l'influence du temps, s'épidermise et change d'aspect. Au lieu de cette surface rouge, fongueuse, précédemment décrite, on trouve à sa place un col qui au premier aspect paraît sain, mais en y regardant de plus près on voit à sa surface des petits grains qui ne sont autres que des kystes glandulaires, formés par l'oblitération des conduits excréteurs. A ce moment l'inflammation a franchi définitivement les limites superficielles, elle est devenue interstitielle ; les culs-de-sac glandulaires sont malades, les tissus péri-glandulaires sont atteints. Cette épine inflammatoire réagit à son tour sur l'élément fibreux et musculaire, et par des phénomènes de congestion amène finalement une hypertrophie de ce segment utérin et secondairement une augmentation de volume total de l'utérus. C'est alors que par le toucher combiné à la palpation abdominale, on arrive à délimiter ces utérus géants, que le spéculum laisse pénétrer difficilement dans sa lumière ; ces cols énormes qui remplissent la cavité vaginale, gros cols de métrite parenchymateuse à déchirure cicatrisée, se présentant avec des formes différentes suivant l'ancienneté des lésions, suivant leur localisation, et suivant la forme de la déchirure.

Lorsque la lacération a été bilatérale, la muqueuse éversée s'est cicatrisée, s'est recouverte d'un épithélium pavimenteux et prend un aspect blanchâtre. La lèvre antérieure est constamment plus augmentée de volume, et déborde la postérieure à la façon d'un chapiteau. A sa surface, tranchant sur ce vernis cicatriciel, le doigt et la vue reconnaissent des petites saillies de la grosseur d'une lentille, qui sont des kystes par rétention. L'ouverture de ces productions laisse écouler un liquide muco-purulent

L'hystéromètre enfin permet de se rendre compte de la longueur de la cavité utérine, 6, 7, 8 centimètres, rarement plus de 10 ; ou alors il faut soupçonner un fibrome.

Dans d'autres cas, la surface du col est inégale, irrégulière, présentant des dépressions et des saillies séparées par les fissures de la lacération primitive. Il y a des lobulations multiples ; souvent on constate au niveau de la lèvre antérieure une nodosité très douloureuse au toucher, représentant un véritable adénome inflammatoire. Enfin la partie latérale gauche du col se continue parfois avec une cicatrice de la muqueuse vaginale, qui se présente sous forme d'un cordon fibreux qui attire l'utérus de ce côté.

Quel que soit l'aspect sous lequel se présentent ces cols, ce qu'il faut retenir : c'est qu'ils sont augmentés de volume, qu'ils sont sclérosés, et qu'ils sont malades profondément bien qu'ils paraissent sains.

C'est là l'évolution terminale de ces métrites post-puerpérale avec déchirures ; dans ces cas seulement, jamais dans les autres formes de métrites, on ne rencontre de telles hypertrophies cervicales. Le temps nécessaire à ces lésions pour parcourir ce cycle complet est des plus variables, et tout dépend des phénomènes congestifs dont l'utérus est le siège, des poussées plus ou moins nombreuses qui se sont greffées sur cette évolution chronique, et du traitement qui a été employé. Dans les observations l'interrogatoire nous apprend que l'accouchement date de 5, 10, 20 ans.

Autant les troubles fonctionnels étaient peu accusés au début, autant ils prennent de l'importance à cette phase avancée ; le léger suintement qui était causé par cette muqueuse exulcérée a disparu par la cicatrisation de la

surface, les pertes blanches quoique encore assez abondantes ont aussi souvent diminué d'intensité; mais les phénomènes douloureux, et surtout le retentissement du côté de l'estomac et du système nerveux, se sont accentués avec les années et souvent dominant la scène dans cette période qui nous occupe.

La douleur est le symptôme le plus important, elle a été bien observée, puisque certains auteurs ont même décrit cette forme de métrite parenchymateuse sous le nom de métrite douloureuse. Elle se présente avec certains caractères particuliers qui méritent de fixer notre attention.

La douleur dans les affections génitales de la femme est un symptôme des plus variables, elle dépend souvent de la plus ou moins grande irritabilité du système nerveux. Nulle ou presque nulle chez les unes, elle constitue un signe des plus pénibles chez d'autres. Il faudra dans son étude bien la différencier de celles qui peuvent être l'expression d'une affection concomitante des annexes, ce qui n'est pas très rare dans cette période, les lésions ayant eu le temps de gagner la muqueuse tubaire. Dans cette complication le point douloureux sera franchement iliaque avec irradiations vers les membres inférieurs, et le toucher vaginal fera reconnaître la trompe malade. Nous ne parlerons de la douleur que dans les métrites parenchymateuses. Voyons dans quelles circonstances elle se produit et quelle en est la pathogénie.

Elles sont spontanées ou provoquées.

Les douleurs spontanées sont rares dans le repos complet, certaines malades pourtant se plaignent constamment d'une lourdeur au niveau de l'hypogastre et quelquefois dans tout le petit bassin : elles sentent leur utérus. A part

ces cas la douleur ne se montre qu'à l'occasion de certaines causes déterminantes, parmi lesquelles il nous faut citer particulièrement : la station, et surtout la marche ; quelques malades ne peuvent faire un effort, subir les cahots d'une voiture, monter un escalier, sans se plaindre de cette pesanteur abdominale qui les oblige souvent à s'arrêter et à porter leur main à l'hypogastre. Quelques auteurs ont même cité des cas dans lesquels la marche était impossible, et des paraplégies réflexes ont été signalées qui ont disparu après le traitement local.

Cette douleur à siège abdominal s'accompagne souvent d'irradiations, dont les plus fréquentes sont celles qui se produisent à la région lombaire ; il y a peu de femmes en effet qui n'accusent des douleurs de reins. Enfin dans d'autres cas elles accusent des douleurs périnéales, anales, coccygiennes, inguinales, et même des névralgies à distance ; mais ces dernières rentrent dans l'étude des phénomènes nerveux nous les retrouverons plus loin.

Lorsqu'on cherche à provoquer la douleur, on est étonné que la pression ne l'augmente pas dans des proportions notables. Il est vrai que par une palpation profonde de l'hypogastre, par le toucher vaginal en faisant balloter l'utérus, on réveille un sentiment pénible, mais cette gêne n'a rien de commun avec cette sensibilité exquise que détermine la pression au niveau d'une trompe et surtout d'un ovaire.

Il y a une variété de douleur assez fréquente et qu'il est bon de savoir rattacher à sa véritable cause, c'est celle qui se produit au niveau de la fosse iliaque avec irradiations dans le flanc. On pourrait, après un examen superficiel, la mettre sur le compte d'une lésion des annexes, alors qu'elle est due à une névralgie du nerf abdomino-génital,

ainsi qu'on peut s'en assurer en recherchant les points douloureux de cette névralgie.

Ces douleurs relevant de la métrite parenchymateuse sont, nous le répétons, excessivement variables; tantôt continues, tantôt intermittentes, elles sont sous la dépendance de certaines causes bien déterminées qui l'aggravent, alors que le repos en est le meilleur sédatif.

La menstruation les augmente quelquefois, il en est de même des rapports sexuels; les mouvements imprimés à l'utérus par l'organe viril sont souvent cause que les femmes cherchent à se soustraire à cet acte.

Sa pathogénie est assez complexe; néanmoins il y a quelques données assez positives :

1° La douleur est souvent causée par des phénomènes de rétention intra-glandulaire, la preuve en est fournie par cette observation typique d'Emmet. Il s'agissait d'une femme qui avait une métrite cervicale avec dégénérescence scléro-kystique qui avait de fortes crises douloureuses. Emmet se contenta d'inciser les kystes qui proéminaient à la surface du col, et aussitôt après l'écoulement du liquide, tous les phénomènes disparaissaient et la malade resta guérie pendant trois mois. Au bout de ce temps, nouvelle crise qui céda par le même traitement.

2° D'après l'auteur américain, une autre cause de douleur serait cette cicatrice cervicale qui emprisonnerait dans son épaisseur des filets nerveux, qui pourraient être la cause d'accidents réflexes. Il cite plusieurs observations très concluantes à cet égard.

3° Enfin, dans un bon nombre de cas, cette sensation de pesanteur abdominale et pelvienne qu'éprouvent les malades est due à ce qu'au moment de l'accouchement, en

même temps que la déchirure cervicale, il s'est produit une déchirure du périnée.

Avec les années, par suite du relâchement des plans musculaires, le vagin s'est effondré ; il en est résulté de la cystocèle et de la rectocèle. Dès lors le périnée ne formant à l'utérus qu'un mauvais soutien, cet organe s'abaisse d'autant plus facilement qu'il est déjà très hypertrophié, et c'est le prolapsus de l'utérus qui est cause de cette lourdeur périnéale. La preuve c'est que la périnéorrhaphie remet tout en ordre.

Voilà quelles sont les causes principales de ces douleurs, sans parler des névralgies pures, dont l'inflammation utérine n'a été que la cause occasionnelle chez certaines prédisposées.

On pourrait croire que ces phénomènes ont un retentissement fâcheux sur l'état général des malades, il n'en est pas toujours ainsi, et beaucoup de ces femmes sont des obèses qui dorment et mangent bien, et dont toutes les fonctions s'accomplissent normalement ; par contre chez d'autres, cette épine inflammatoire a été le point de départ de lésions à distance qui se manifestent suivant les prédispositions individuelles sur le système nerveux et l'appareil digestif. C'est le chapitre des troubles réflexes que nous étudierons à part, car ces phénomènes peuvent également se montrer à la suite des métrites blennorrhagiques.

Telle est l'histoire clinique de la métrite du col compliquée de déchirure, aboutissant finalement après l'ectropion de sa muqueuse à la métrite parenchymateuse.

A côté de cette forme que nous venons d'étudier en détail, il nous faut citer celle dans laquelle il y a eu une petite déchirure, mais sans ectropion, sans étalement de la muqueuse au dehors. Ce n'est qu'en écartant les deux

lèvres mobiles qu'on peut étudier *in situ* les caractères sous lesquels se présente cette inflammation de la muqueuse qui n'est plus intra-vaginale, mais intra-cervicale.

Enfin lorsqu'il n'y a pas eu de déchirure et que la métrite est seule en cause, l'évolution est sensiblement la même, avec quelques petites différences pourtant. Les signes fonctionnels sont à peu de chose près identiques, l'état local seul est surtout modifié.

Ce qui fait, nous l'avons vu, la caractéristique de la déchirure cervicale, c'est l'ectropion muqueux; notre maître M. Bouilly a bien insisté sur ce point, et il ajoutait même que cet étalement de la muqueuse au dehors ne pouvait exister sans lacération cervicale. Cette opinion a été jugée trop exclusive par MM. Doléris et Pozzi; notre maître reconnaît en effet maintenant que dans ces formes de métrite puerpérale sans déchirure il peut se produire de l'ectropion, mais il ajoute avec raison, jamais avec les caractères que présente la variété que nous avons précédemment décrite. De même ces cols sans déchirure pourront dans la suite par le même mécanisme que nous avons indiqué aboutir à la métrite chronique parenchymateuse avec dégénérescence scléro-kystique, mais l'hypertrophie n'atteindra jamais le même degré et l'infiltration interstielle sera moindre.

Nous n'avons rien à ajouter aux symptômes fonctionnels de cette forme qui sont calqués sur ceux de la précédente.

CHAPITRE III

Métrites blennorrhagiques.

DESCRIPTION CLINIQUE

Le rôle que joue la blennorrhagie vis-à-vis de l'utérus n'est pas moins important que la puerpéralité, et le gonocoque a à son actif un grand nombre de métrites, qui ont, ainsi que nous le démontrerons, une évolution bien différente de celles que nous avons étudiées précédemment.

L'étude des métrites blennorrhagiques n'est entrée dans une phase intéressante, qu'à partir du moment où l'agent infectieux de cette maladie a été reconnu ; jusque-là, la blennorrhagie utérine était admise par les auteurs, mais on la croyait beaucoup moins fréquente qu'elle ne l'est en réalité, et cela parce que les moyens bactériologiques dont nous disposons actuellement étaient inconnus, et que les cas d'endométrites d'emblée avaient été mal observés cliniquement.

L'endométrite étant de nature blennorrhagique, il était naturel de rechercher dans l'écoulement utérin le gonocoque, et ces examens ont donné des résultats variables suivant le moment où ils ont été pratiqués. Dans les premières phases de l'affection, le gonocoque a été retrouvé avec ses caractères habituels, mais ce microbe perd rapidement de sa vitalité et les examens faits à une période

avancée de la maladie sont habituellement négatifs. C'est là exactement ce qui se reproduit dans l'uréthrite chez l'homme, on ne retrouve pas toujours dans ces vieilles gouttes militaires d'origine manifestement blennorrhagique l'agent qui les a produites. L'écoulement examiné au microscope permet de constater des globules de pus, des leucocytes et quelquefois des micro-organismes qui se sont greffés secondairement sur cette muqueuse malade; mais le gonocoque peut être absent et ne pas se révéler malgré des examens successifs, ainsi qu'en témoignent les recherches de Janet, de Guiard et de Finger.

Ces données peuvent être appliquées à l'endométrite et nous verrons qu'on peut établir dans bien des circonstances des comparaisons entre ces deux affections qui sont transmissibles de l'un à l'autre sexe.

De même que la blennorrhagie masculine présente dans son évolution deux périodes : l'une aiguë et l'autre chronique par infection profonde des glandes de l'urèthre; de même, l'endométrite reconnaît une forme aiguë qui souvent ne se localise pas à la muqueuse utérine, mais envahit rapidement les annexes, constituant une vaginométrio-annexite. Sous l'influence d'un traitement bien dirigé et de certaines conditions inhérentes au terrain sur lequel la maladie évolue, l'affection peut au bout d'un certain temps disparaître et tout rentrer dans l'ordre.

Cette « *restitutio ad integrum* » n'est malheureusement pas la règle, et la blennorrhagie chez la femme plus que chez l'homme a une tendance fâcheuse à la chronicité et souvent cette forme aiguë prendra possession des éléments glandulaires si riches de cet organe, pour se cantonner dans leur profondeur et résister aux traitements les mieux conduits, constituant cette forme bien décrite

et bien connue par sa tenacité : l'endométrite glandulaire cervicale chronique.

Cette forme est souvent l'aboutissant de l'endométrite catarrhale, mais il faut savoir que dans certains cas la phase aiguë n'existe pas, que la métrite est chronique d'emblée, et souvent alors sans participation de vaginite et d'annexite, du moins dans ses premières phases, car elle peut par la suite s'accompagner aussi d'inflammation des annexes.

Nous aurons donc à étudier en détail ces deux formes : l'endométrite aiguë aboutissant à la guérison ou à la chronicité, et la forme chronique d'emblée, que nous appellerons endométrite glandulaire cervicale rebelle.

L'endométrite aiguë est rare, comparativement à la seconde forme, car elle reconnaît pour cause une infection plus intense, et la contamination est produite par un sujet porteur d'une blennorrhagie encore en assez grande activité. L'inoculation se fait alors généralement par le vagin, sous forme d'une vaginite qui se présente avec ses caractères particuliers, et la cavité cervicale ne tarde pas à se laisser envahir à son tour. Dans ces formes très infectieuses, il est à peu près de règle de voir également les trompes être envahies par continuité des muqueuses, donnant à l'affection un certain caractère de gravité, soit immédiatement par la participation possible du péritoine, soit dans la suite, par les causes qui peuvent en dépendre, à savoir : la stérilité et les poussées aiguës venant se greffer sur cette épine inflammatoire.

L'endométrite aiguë peut être comparée à l'urétrite aiguë masculine. Pesanteur abdominale, sensation de chaleur pelvienne, et écoulement d'une quantité assez considérable de muco-pus provenant d'une part du vagin, et

d'autre part de la muqueuse utérine. Cet écoulement constitue le symptôme le plus important, il est jaune-verdâtre, franchement purulent, tache le linge et contient de nombreux gonocoques qui peuvent être décelés par les moyens ordinaires.

L'examen local n'est pas toujours possible par suite de la douleur qu'éveille l'introduction du doigt, le contact vaginal réveille une souffrance excessivement vive, et l'index accuse une sensation de chaleur considérable. D'ailleurs cet examen est de peu d'importance et ne donne aucun résultat digne d'intérêt. L'introduction du spéculum est difficile pour les mêmes raisons. Lorsqu'on peut y avoir recours, les lésions apparaissent sous forme d'une muqueuse vaginale rouge violacée, couverte d'un enduit purulent épais; le col apparaît également sous forme d'une masse rouge intense, lie de vin, laissant écouler par son orifice externe un liquide épais, jaunâtre et très adhérent. Les bords de cet orifice sont limités par la muqueuse cervicale qui présente au plus haut point les caractères d'une vive inflammation, et quelquefois, comme dans les périodes initiales de la blennorrhagie chez l'homme, où le méat est gonflé et légèrement ectropionné, les bords de l'orifice du col présentent cet aspect.

Lorsqu'il y a inflammation concomitante des annexes, on constate les symptômes qui sont sous la dépendance de cette affection, nous n'avons pas à y insister.

L'endométrite ainsi constituée a une évolution calquée sur celle de l'urétrite. Au bout de peu de temps, soit sous l'influence d'un traitement antiphlogistique bien conduit, soit spontanément, les phénomènes aigus cèdent pour faire place à un état subaigu dont le symptôme unique est la leucorrhée qui persiste avec les caractères que nous lui

avons assignés précédemment. La coloration jaune verdâtre s'atténue peu à peu pour devenir plus blanchâtre. Après un état stationnaire dont la durée peut être très variable, l'inflammation s'amende, la muqueuse reprend ses caractères normaux et la guérison est définitive.

Mais cette terminaison, nous le répétons, n'est pas la règle et le plus souvent l'inflammation a pris droit de domicile, favorisée par de mauvais traitements ou des soins mal compris, par la structure même du col et par les congestions périodiques auxquelles cet organe est soumis. Dès lors l'endométrite est chronique, et c'est cette forme que les auteurs décrivent sous le nom d'endométrite catarrhale.

•Lorsqu'on étudie ces cas, on trouve dans les antécédents, soit cette période aiguë que nous venons de signaler, soit l'absence de cette phase prémonitoire. L'infection a été d'emblée chronique. Quoiqu'il en soit à la période à laquelle nous étudions cette endométrite catarrhale, les symptômes en sont identiques, le début seul a été différent.

Il s'agit le plus souvent de femmes relativement jeunes, primipares, multipares ou nullipares, qui viennent consulter parce qu'elles ont des pertes blanches ; leucorrhée variable dans son abondance, sa durée, son apparition, mais toujours présente, constituant le phénomène capital de l'inflammation utérine. C'est souvent le seul symptôme dont ces malades se plaignent ; d'autres au contraire accusent un peu de pesanteur abdominale. Jamais de douleurs vraies à moins d'une complication annexielle. Les règles sont régulières ou non, douloureuses ou pas ; lorsqu'elles sont douloureuses elles constituent ce qu'on a appelé la dysménorrhée et qui est sous la dépendance, soit d'une sté-

nose congénitale ou acquise de l'orifice externe, soit d'une déviation utérine rétro ou antéflexion ; cette dernière, surtout fréquente chez les nullipares, étant l'exagération de l'antéflexion physiologique.

L'aménorrhée existe beaucoup plus rarement.

L'examen local dénote souvent une intégrité absolue du vagin, ce conduit a sa coloration habituelle, et s'il a été le siège d'une inflammation antérieure, celle-ci a complètement disparu.

En examinant le col, le doigt délimite sa forme, sa consistance ; en promenant la face palmaire de l'index à sa surface, on est quelquefois frappé de la sensation velvétique que l'éprouve et qui s'explique par l'état que nous décrirons dans un instant. En cherchant à soulever l'utérus en totalité, on réveille souvent une sensibilité assez vive ; enfin l'examen des culs-de-sac, qui doit toujours être le complément du diagnostic, fera reconnaître, soit l'intégrité des annexes, soit leur altération.

Le spéculum vient à son tour donner des renseignements importants.

Le col est peu augmenté de volume, il a perdu son aspect terne pour devenir assez rouge, indiquant qu'il est le siège d'une vascularisation plus intense. Par l'orifice externe s'écoule un liquide épais, visqueux, que nous étudierons plus en détail au chapitre de l'endométrite glandulaire rebelle. Ce qui différencie ces cols de ceux que nous avons appris à reconnaître en étudiant les métrites post-puerpérales c'est que :

1^o Malgré l'ancienneté des lésions, ils ne présentent jamais une augmentation considérable de volume. Ces cols ne deviendront jamais des gros cols parenchymateux de la période ultime de la métrite avec déchirures ;

2° L'ectropion 99 fois sur 100 fait défaut. Il est si rare que M. Bouilly a pu dire qu'il n'existait pas ; notre maître a reconnu qu'il avait été trop exclusif ; mais il maintient que cet aspect est rare et qu'en tous cas l'ectropion n'atteint jamais les dimensions du col en rebord de pot de chambre ;

3° L'orifice externe est punctiforme ou peu largement fendu, et dans ce dernier cas, en écartant les deux lèvres du col au moyen de pinces à griffes, on peut étudier la muqueuse qui a perdu cet aspect pâle qu'elle a d'habitude ; elle est rouge et recouverte à sa surface d'un enduit visqueux qui lui est fortement adhérent et qu'on a souvent peine à détacher. Cette muqueuse, nous insistons sur ce point, est intra-cervicale et non extériorisée comme dans les formes puerpérales ; le processus est le même, mais il manque à l'endométrite blennorrhagique la large déchirure à la faveur de laquelle la muqueuse se serait déroulée à l'extérieur.

4° Enfin ce qui est caractéristique, c'est l'exulcération que présente le col au niveau de sa portion vaginale ; exulcération est un mauvais terme et nous dirons plutôt, exfoliation épidermique ou mieux érosion. L'épithélium pavimenteux de cette partie du col, sous l'influence du passage de ce liquide inflammatoire qui vient de l'intérieur, produit à son niveau une altération épithéliale qui amène la chute de sa couche la plus superficielle, se présentant à la vue sous un aspect framboisé. Ce n'est pas la muqueuse cervicale, mais seulement l'exfoliation épidermique de la portion externe des lèvres.

Ici encore cet aspect de fausse ulcération a trompé certains auteurs qui ont voulu voir là la cause première du mal engendrant secondairement l'endométrite catarrhale.

Le dernier moyen que nous ayons à notre disposition pour compléter notre examen, c'est le cathétérisme utérin. Nous n'en parlerons que pour le proscrire, attendu qu'il présente plus d'inconvénients que d'avantages. Non-seulement il peut porter l'infection au niveau de la muqueuse corporelle, mais s'il n'est pas fait très proprement il peut amener une poussée salpingienne. Enfin il a été dans ces circonstances maintes fois la cause d'un avortement par perforation des membranes.

Les auteurs qui le préconisent lui accordent le mérite de préciser la situation du corps par rapport au col, et de permettre de localiser exactement les points au niveau desquels la muqueuse est malade, par la sensibilité que ce corps étranger éveille à son niveau. A cela nous répondrons que le diagnostic des déviations utérines peut être fait le plus souvent par le palper bimanuel, et qu'il n'y a aucune utilité à localiser exactement les points malades. Quoi qu'il en soit, si l'on a le désir d'employer l'hystéromètre, il ne faut le faire qu'à la condition expresse de s'être assuré que la femme n'est pas enceinte, attendu qu'au début de la grossesse le col est livide, violacé, laissant écouler des mucosités qui peuvent en imposer à un débutant et lui faire croire à une endométrite là où il n'y a qu'un commencement de gestation. On serait véritablement effrayé si on connaissait tous les méfaits de l'hystéromètre.

A une période avancée de son évolution, cette forme d'endométrite peut s'accompagner de phénomènes réflexes à distance, tels que dilatation d'estomac avec son cortège habituel, troubles nerveux, migraines, etc., etc. Il s'y joint souvent un état d'anémie qui pourra même donner le change et faire penser à une tuberculose au début.

Le retentissement que peuvent produire les inflammations utérines sur le système général sera étudié dans un chapitre spécial, mais disons-le immédiatement, ces symptômes n'atteignent jamais l'importance de ceux qui sont sous la dépendance des gros cols scléro-kystiques avec déchirure du périnée.

Cette forme catarrhale telle que nous la comprenons peut avoir une durée indéterminée, ou guérir sous l'influence d'un curettage et de soins consécutifs. D'autres fois elle se complique de salpingite et occupe alors le second plan, l'annexite primant tout par ses symptômes à plus grand fracas. D'allure torpide, elle peut sous certaines influences constitutionnelles présenter de temps à autre des poussées aiguës, comme ces uréthrites à répétition qui sont le désespoir des malades. Enfin, les lésions pendant longtemps cantonnées à la superficie de la muqueuse du col peuvent s'étendre en profondeur et atteindre les culs-de-sac glandulaires constituant cette forme d'endométrite glandulaire cervicale, la dernière qu'il nous reste à étudier.

Endométrite cervicale glandulaire.

Cette variété peut être la conséquence de la forme catarrhale précédente, ou elle peut être chronique d'emblée. Par ses symptômes, son évolution, sa tendance à la chronicité et la difficulté de la guérir, elle a de tous temps préoccupé les gynécologues. Notre maître, M. Bouilly, en a donné une excellente description et il a insisté particulièrement sur le traitement qu'il convient de lui appliquer (1).

1. Bouilly. *Endométrite cervicale glandulaire chronique et son traitement. Semaine médicale*, 22 février 1893.

Elle peut être comparée à l'urétrite chronique, qui comme on le sait a le triste privilège de se localiser aux glandes profondes de la muqueuse ; chez la femme, les lésions sont identiques et le processus inflammatoire après être resté pendant un certain temps muqueux et sous-muqueux envahit les culs-de-sac glandulaires, qui par leur nombre considérable dans cette portion de l'utérus constituent un excellent milieu pour la dissémination des lésions.

On discute encore sur sa nature, mais pourtant on tend de plus en plus à admettre qu'elle est de source blennorrhagique. Elle peut se montrer, soit chez des femmes qui n'ont jamais eu d'enfants, soit chez celles qui ont accouché mais dont le col n'a pas été déchiré ; la déchirure faisant encore une fois la caractéristique des endométrites post-puerpérales, à évolution très particulière.

Lorsqu'elle se montre chez les nullipares, elle survient assez souvent dans les premières semaines qui suivent le mariage. Par suite des premiers rapports sexuels, des fatigues occasionnées quelquefois par un voyage de noces, l'utérus se trouve dans un état de congestion favorable à l'infection, et pour peu que le mari soit porteur d'une goutte virulente ou qui devienne telle par les mêmes excès précités, la muqueuse du col peut se laisser envahir et il se développe une endométrite à allure torpide. C'est une infection excessivement atténuée qui préoccupe d'autant moins la malade qu'elle ne souffre pas ; les légères pertes blanches, et la pesanteur abdominale qui n'est d'ailleurs pas constante, sont mises sur le compte de cette nouvelle existence sexuelle, et les lésions s'étendent à leur aise.

Pourtant au bout de quelque temps la malade ne tarde pas à s'inquiéter de ces pertes blanches qui ne cèdent pas

à quelques injections et au repos sexuel; au contraire, la leucorrhée devient plus abondante, sa coloration blanchâtre des premiers jours s'est modifiée, la teinte se rapproche davantage du jaune-verdâtre et l'écoulement est quelquefois légèrement strié de sang.

C'est là l'histoire classique de cette forme qui dès lors s'est installée, qui a déjà pris droit de domicile et qui sera une cause de désespoir pour la malade et le médecin. Ce qui fait en réalité l'intérêt de cette variété d'endométrite c'est qu'elle a une tendance fâcheuse à la chronicité et que sa durée peut être indéterminée.

Cliniquement elle se traduit par peu de signes. La leucorrhée est souvent le seul, et s'il vient s'en adjoindre d'autres, il faut penser à une complication que l'examen fera découvrir.

Mais si cette leucorrhée est l'unique symptôme, elle n'en présente pas moins certains caractères particuliers qui suffisent à classer cette maladie.

Les culs-de-sac glandulaires malades secrètent un mucus qui est remarquable par son adhérence, sa viscosité et sa ténacité; il se laisse étirer, allonger, et ressemble à du blanc d'œuf mal cuit. C'est un symptôme très gênant qui peut, par suite de certaines causes difficiles à saisir, augmenter ou diminuer dans le cours de la maladie.

A part cela, l'état général reste souvent excellent, mais il est rare qu'avec le temps les malades ne deviennent pas nerveuses, agacées et présentent des troubles gastriques. Cet état, influencé souvent par des prédispositions nerveuses héréditaires ou acquises, est favorisé, en dehors du symptôme leucorrhée, par des douleurs que les malades éprouvent parfois et qui peuvent être très pénibles. Douleurs dues soit à une sténose du col, soit à

une déviation ultérine, ou encore à un bouchon muqueux intra-cervical qui amène des phénomènes de rétention. Enfin une autre cause non moins puissante de nervosisme c'est que souvent ces malades sont stériles et le désir non réalisé de devenir mère suffit à détraquer leur système nerveux.

La stérilité comme conséquence de cette variété d'endométrite est réelle, elle a été notée par plusieurs auteurs et la preuve en a été donnée maintes fois par la conception rendue possible après un traitement bien compris.

Pendant des années et même quelquefois toujours, l'affection reste localisée au col sans tendance à la propagation à la muqueuse du corps ; elle a été signalée pourtant et on l'a même vue quelquefois atteindre les annexes.

Au point de vue local, elle se présente sous deux formes :

S'agit-il d'une nullipare, le col est alors petit, répondant souvent au type de l'utérus infantile, congestionné et présentant à son centre un orifice punctiforme laissant baver ce mucus visqueux qu'il est parfois impossible de détacher avec un tampon, tellement il est adhérent.

S'agit-il d'une femme ayant accouché, le col est plus volumineux, mais il n'y a pas de déchirure et les caractères de la sécrétion sont identiques.

Ce qui fait la caractéristique de cette forme c'est que malgré l'ancienneté des lésions jamais le col ne s'hypertrophie et jamais on ne constate à sa superficie des petits grains glandulaires, qui sont des kystes par rétention. Ce fait avait frappé les auteurs et ils s'étaient demandé à quoi tenait cette différence clinique puisque dans les deux cas les lésions glandulaires étaient aussi fréquentes et aussi constantes.

Notre-maitre, M. Bouilly, l'explique par une hypothèse très séduisante :

« Dans la forme qui nous occupe, il n'y a pas déchirure du col, par conséquent pas d'étalement de la muqueuse au dehors; les produits de sécrétion peuvent s'écouler librement dans la cavité cervicale, pas de phénomènes de rétention, pas de douleurs, pas de kyste glandulaire.

Tandis qu'au contraire à la suite de métrites compliquées de déchirure, il y a éversion, puis épidermisation de la muqueuse entraînant l'oblitération des conduits excréteurs, d'où kystes glandulaires, inflammation péri-glandulaire, douleurs, inflammation interstitielle, aboutissant à la grosse métrite parenchymateuse.

Par conséquent si les lésions sont identiques les conditions qui les produisent sont très variables (1) ».

1. Bouilly. *Déchirure et ulcération du col. Semaine médicale*, 5 septembre 1888.

CHAPITRE IV

Troubles réflexes consécutifs aux métrites.

Au cours de la description clinique que nous avons donnée des métrites post-puerpérales et blennorrhagiques, nous avons dit que cette affection pouvait s'accompagner à une certaine période de son évolution, des phénomènes gastro-intestinaux, et des troubles nerveux de caractère fort variable. Nous devons maintenant serrer la question de plus près et exposer les opinions des auteurs qui se sont occupés de ce point.

Faisons remarquer en premier lieu, que quelques femmes, malgré la durée, la forme, l'étendue de leurs lésions utérines, conservent un état général très satisfaisant, la métrite restant pendant toute son évolution une maladie purement locale. D'autres, au contraire, sous l'influence de certaines causes prédisposantes que nous spécifierons dans un instant, présentent, soit un état nerveux très accusé, soit des phénomènes gastro-intestinaux formidables. Entre ces deux extrêmes peuvent se voir tous les types intermédiaires. Premier point par conséquent à noter : variabilité extrême des désordres affectant l'état général des malades.

De tous temps les gynécologues ont noté chez les malades atteintes de métrite, des troubles gastriques divers ou un état de nervosisme, variant du simple changement de caractère aux signes les plus accentués de la neurasthénie

ou de l'hystérie. Si tous sont d'accord sur ces différentes associations, ils le sont moins, au point de vue de l'explication, ou mieux de la filiation de ces désordres.

D'après M. Terrillon, les différents troubles gastriques ou nerveux n'appartiennent pas en propre à l'endométrite et ne sont observés chez les femmes que par simple coïncidence.

Gallard prétend que les symptômes nerveux ne sont pas sous l'influence directe de la maladie utérine, mais sous la dépendance de l'ébranlement général que l'affection imprime à tout l'organisme.

M. Grasset dit que les altérations de l'utérus n'ont qu'une faible action sur le développement de l'hystérie.

M. Dieulafoy à son tour n'admet pas cette influence nocive attribuée aux lésions des voies génitales.

Ces quelques opinions suffisent à démontrer que certains auteurs nient l'influence des maladies utérines sur l'état général.

Dans un autre groupe, nous rangerons les opinions qui diffèrent suivant les tendances individuelles du médecin. Qu'il soit par simple coïncidence, ou par relation directe, il est admis que les métrites chroniques s'accompagnent parfois de troubles gastriques ou de phénomènes nerveux. Le seul point en litige consiste à savoir quel a été le point de départ des accidents ; et si une cause unique peut expliquer leur apparition. La question est résolue différemment suivant le genre d'esprit de chaque médecin ; le neuro-pathologiste en étudiant le complexe symptomatique suivant : neurasthénie, dilatation stomacale et leucorrhée ne pourra s'empêcher de tout rattacher à la grande névrose ; le médecin à l'affût des altérations du suc gastrique n'hésitera pas à tout mettre sur le compte de la dyspepsie, tan-

dis qu'au contraire le gynécologue donnera sa préférence à l'utérus.

Ce n'est pas là une critique que nous faisons, nous voulons seulement démontrer que ces cas sont parfois inextricables, et qu'il est souvent très difficile de démêler la vérité au milieu de ce complexus si varié. Il faut scruter chaque fait avec soin, avec patience; rechercher les prédispositions héréditaires ou acquises des malades, et tâcher de suivre l'évolution de l'affection, et de dépister les premiers phénomènes morbides en date. Dans ces conditions il sera quelquefois possible de faire saisir nettement le lien qui unit ces affections entre elles.

Il ressort clairement d'après nous, par les preuves que nous allons fournir, que les métrites peuvent dans quelques cas se compliquer d'éléments qui leur paraissent de prime abord étrangers. Nous nous contentons de constater le fait, sans l'expliquer; car cette explication est des plus difficiles à saisir. Après tous les autres auteurs nous dirons qu'il s'agit là d'accidents réflexes.

Par contre, tout en reconnaissant ce retentissement à distance des affections utérines, il ne faudrait pas tomber dans l'excès opposé; et voir des cas gynécologiques là où il n'y en a pas, alors qu'il s'agit simplement de la localisation d'une névrose générale.

D'après nous, la preuve certaine de l'influence des maladies utérines sur l'organisme est démontrée par les faits suivants :

1° La physiologie ne nous apprend-elle pas que l'utérus joue un rôle capital dans l'existence de la femme? Pendant toute la durée de la vie sexuelle, ne voyons-nous pas cet organe être le siège d'une congestion périodique, au cours de laquelle s'éveillent de nombreux phénomènes

sympathiques, tels que : lassitude, courbature, maux de reins, migraines, changement de caractère, mauvaise humeur, agacement, boutons d'Herpès labial, etc., etc. ? Ce privilège de l'utérus d'éveiller ces troubles sympathiques n'existerait alors qu'à l'état normal ? Nous n'en voyons pas la raison, et nous pensons au contraire que la maladie de cet organe doit dans certains cas développer ces troubles à distance.

2° L'anatomie nous montre que le plexus nerveux utérin est excessivement riche et que par sa communication avec l'axe médullaire et le système sympathique, il peut de ce chef devenir le point de départ de nombreux actes réflexes. Ne connaît-on pas les rapports intimes qui existent à ce point de vue entre l'utérus et la région rénale et mammaire.

3° Par comparaison, ne voyons-nous pas l'influence qu'exerce sur le moral de l'homme la blennorrhagie, non seulement dans sa période aiguë, mais aussi à l'état chronique. Qui ne connaît ces exemples de malheureux qui ne peuvent uriner sans rechercher la maudite goutte ! Les idées noires, l'hypocondrie, la neurasthénie et tout son cortège, le dérangement cérébral allant jusqu'au suicide, n'en sont-ils pas souvent la conséquence ?

Pourquoi la femme aurait-elle ce privilège de localiser son mal ? N'est-elle pas plus que nous exposée à ces retentissements par sa sensibilité plus vive et son système nerveux plus irritable ?

La douleur, la leucorrhée, la gêne dans les rapprochement sexuels, la stérilité, sont des causes assez puissantes pour mettre en branle le système nerveux, surtout chez des prédisposées.

4° Pourquoi refuserait-on à l'utérus ce que l'on accorde

au foie et à l'estomac? Le professeur Potain n'a-t-il pas bien mis en lumière les accidents réflexes pulmonaires et cardiaques consécutifs aux altérations hépatiques et stomacales. Et à ce sujet, nous ne pouvons nous empêcher de reproduire les lignes suivantes prises à une clinique du Professeur :

« Les accidents réflexes sont de tel ordre qu'ils se manifestent rarement à l'occasion de lésions profondes. Ils se produisent bien davantage quand elles sont légères et superficielles. Toute irritation superficielle de la peau ou des muqueuses est susceptible de donner lieu à des réflexes intenses. Au contraire, les altérations profondes ne les provoquent guère. Dans le cancer de l'estomac les accidents réflexes sont rares, tandis qu'ils se montrent parfois avec une grande intensité à la suite de dyspepsies légères. Les altérations intestinales provoquent peu de réflexes, et il suffit d'un misérable tœnia, de quelque lombric pour provoquer des symptômes réflexes formidables. Chez un sujet prédisposé, un coup de poing n'amène pas de réflexes, mais un simple chatouillement en détermine de violents » (1).

N'est-ce pas là aussi ce qui se voit dans les affections utérines? Dans le cours du cancer de l'utérus, on note de l'amaigrissement, de la cachexie qui sont sous la dépendance de la dénutrition rapide des tissus ; mais voit-on couramment de ces phénomènes réflexes si fréquents au cours des simples lésions de la muqueuse. Tout cela ne vient-il pas à l'appui de l'opinion du célèbre Professeur à savoir : que les accidents réflexes sont dûs à des altérations légères et non profondes.

1. Potain. *Bulletin Médical*, 7 octobre 1894.

5° Enfin citons pour clore cette liste de faits convainquants, les preuves thérapeutiques.

Quel est le gynécologue qui n'a pas eu occasion de soigner ces malades à accidents gastriques et nerveux complexes, et de voir après la guérison d'une métrite, ou la réparation du col le retour complet à la santé? Quelques exemples concluants suffiront à convaincre les plus réfractaires.

1° Pozzi a réussi à guérir une sphinctéralgie sans fissure par le traitement d'une métrite catarrhale; le même auteur a vu également disparaître sous l'influence d'un traitement utérin une toux réflexe qui avait résisté à tous les moyens médicaux.

2° Sutton rapporte le cas suivant :

Convulsions cataleptiques qu'on faisait naître en pressant avec le doigt une lacération cervicale.

Guérison par excision du tissu cicatriciel.

3° Le Dr Wilson publie dans les *Bulletins de la Société obstétricale de Philadelphie* l'exemple suivant :

Rein flottant qu'on accusait de produire des douleurs dans l'abdomen. Céphalalgie et photophobie. Un examen soigneux fait découvrir une large déchirure bilatérale du col. Suture. Symptômes disparaissent, bien que la malade ait toujours son rein flottant.

Il nous serait facile de citer plusieurs cas de ce genre, mais nous n'y voyons pas l'utilité. Les premiers que nous avons donnés suffiront amplement à démontrer l'action que peuvent avoir les endométrites sur l'organisme. Courty, de Sinety, MM. Auvard, Pozzi, Bouilly, sont de cet avis, et ont rapporté des faits à l'appui de leur opinion.

Quant à la fréquence de ces associations, il est difficile de l'établir. Nous avons pourtant un mémoire important

de Theilbaher (1) qui dit avoir examiné au point de vue gynécologique 45 femmes atteintes d'affections gastro-intestinales chroniques. 4 de ces malades ne présentaient aucune lésion des organes génitaux. 10 étaient atteintes de rétroflexion de l'utérus. 23 avaient de l'endométrite ; les autres avaient de l'oophorite, de la paramétrite ou de petits kystes de l'ovaire. Après la guérison de l'affection génitale les troubles digestifs disparurent chez la plupart des malades.

La pathogénie de ces accidents réflexes a été bien étudiée dans un remarquable mémoire dû au D^r Lacoarret, auquel nous renvoyons le lecteur désireux de s'instruire à ce sujet (2).

Les accidents susceptibles de se montrer au cours des métrites peuvent atteindre tous les organes importants, troubles sympathiques cardiaques, crises de hoquet, troubles de la vision (amblyopie, amaurose) ; mais ce sont surtout le système nerveux, et l'estomac qui sont en cause.

L'influence que la métrite peut avoir sur le système nerveux est variable tant par son intensité que par sa fréquence. Nulle ou presque nulle chez certaines femmes, très accentuée chez d'autres, variant du simple agacement qui rend les malades capricieuses et volontaires jusqu'aux troubles les plus graves de la neurasthénie ou de l'hystérie. Cela dépend surtout de la prédisposition individuelle et l'utérus n'intervient que comme cause occasionnelle.

1. Theilbaher. *Corrélation entre les t. gastro-intestinaux et les affections génitales de la femme.* *Berliner. Klin. Woch.*, 9 octobre 1893.

2. Lacoarret. *Nervosisme et t. gastriques dans les affections chroniques de l'utérus.* *Archives cliniques de Bordeaux*, 1892.

L'affection une fois développée ne tarde pas à évoluer pour son propre compte et ne diffère en aucune façon de la neurasthénie ou de l'hystérie classique. Il n'y a pas par conséquent une hystérie ou une neurasthénie de cause utérine; la métrite n'est qu'un facteur étiologique, et c'est tout.

Il en est de même des troubles gastro-intestinaux qui ne se présentent pas avec un cachet spécial. L'étude de ces malades permet de constater des troubles qui varient de la simple gastralgie jusqu'aux phénomènes nerveux-moteurs, dont la dilatation stomacale est souvent le dernier terme. Cette ectasie gastrique ne se développe pas de toutes pièces, elle n'est pas la compagne forcée de l'endométrite, et n'est pas dilatée qui le veut! Il faut réaliser certaines conditions requises, causes prédisposantes qui ne font que préparer le terrain, permettant à la métrite de constituer la goutte d'eau qui fera déborder le vase. Cette dilatation d'estomac, comme la neurasthénie, n'a aucun caractère spécial qui puisse la faire reconnaître, et c'est pourquoi il est extrêmement difficile de la rattacher à sa véritable cause.

Nous n'insisterions pas sur ces points si la question n'avait une portée excessivement pratique. Cette association aurait peu d'importance s'il ne devait en résulter qu'une finesse de diagnostic, mais il y a plus, et la thérapeutique en dépend.

Que de fois, nous dit M. Pozzi (1), « les troubles de la santé générale ou les accidents réflexes sont si marqués qu'ils effacent et font méconnaître la lésion locale. Une femme accuse une toux persistante, de l'essoufflement, un

1. Pozzi. *Des Métrites. Médecine moderne*, 14 avril 1890.

amaigrissement progressif et se plaint peu de sa leucorrhée et de ses douleurs de ventre. On sera tenté de supposer une tuberculose pulmonaire au début et la thérapeutique s'égarera.

D'autres fois ce seront des jeunes femmes qui se croient atteintes de chlorose ou de maladies de cœur parce qu'elles souffrent d'anxiété précordiale, de palpitations, et que l'auscultation révèle des souffles cardiaques et vasculaires : qu'on examine aussi l'utérus et on reconnaîtra bien vite chez elles une métrite, à moins qu'il ne s'agisse d'une lésion des annexes. Il en est de même de névralgies diverses et de même de certains états nerveux simulant l'hystérie ».

Il est d'autant plus du devoir du médecin de reconnaître ces associations qu'il peut par un traitement précoce les enrayer. Après des mois et des années l'affection secondaire nerveuse ou gastrique a pris le premier rang ; la métrite qui était tout devient un épiphénomène et les traitements les mieux conduits n'arrivent pas à modifier favorablement l'atteinte invétérée qui a été portée à ces organes de première importance.

Aussi terminerons-nous ce chapitre en disant avec M. Pozzi : « Il n'est pas permis de négliger l'examen de l'utérus chez toute femme atteinte d'une maladie chronique. »

CHAPITRE V

Traitement.

Les métrites constituent des affections qui demandent à être énergiquement traitées; car nous avons vu qu'en dehors de leur tendance à la chronicité, et leur fâcheuse influence sur l'état général des malades, elles pouvaient à un certain moment se compliquer de lésions du côté des annexes, et devenir de ce fait un grave danger.

Les divisions cliniques que nous avons établies nous seront d'un grand secours, car les moyens que nous aurons à mettre en œuvre varieront suivant les types morbides; et nous le disons immédiatement, si dans un grand nombre de cas les métrites s'éternisent et deviennent incurables, c'est souvent de la faute du médecin qui n'a pas su remplir l'indication thérapeutique. Que de fois n'avons-nous pas vu des malades qui avaient subi deux et trois curettages, sans compter de nombreuses séances de cautérisations, être radicalement guéries par la réparation du col; ces fautes non-seulement retardent la guérison mais très souvent ces manœuvres répétées, ces attouchements fréquents, ont le plus déplorable effet sur l'état général des malades, et on a cité des cas où il suffisait de laisser les patientes au repos pour voir tous les phénomènes nerveux rentrer dans l'ordre (1).

1. Playfair. *Complications nerveuses des maladies utérines.*
Lancet, 25 avril 1891.

Il faut bien se persuader de ceci : c'est que la métrite comme toutes les autres affections connues ne relève pas d'un traitement unique, il y a des métrites et non une métrite, et il faut savoir faire œuvre de clinicien et de thérapeute en modifiant sa ligne de conduite suivant les circonstances.

Dans cette étude nous n'avons nullement l'intention de passer en revue tous les traitements qui ont été employés ou préconisés contre cette affection, cela nous entraînerait trop loin et nous n'y voyons aucun intérêt.

Notre but est d'exposer aussi clairement que possible les moyens dont nous disposons pour prévenir le développement des métrites, la prophylaxie en un mot, bien digne d'intérêt. Car n'est-il pas plus facile d'éviter une infection que de la combattre ? Et cette proposition est surtout vraie lorsqu'il s'agit des métrites, souvent si tenaces et si rebelles.

Dans un autre chapitre, nous nous occuperons du curetage et des autres moyens complémentaires à lui adjoindre, faisant saisir dans chaque cas les indications opératoires et les raisons qui plaident en faveur de telle ou telle façon de faire.

Nous ne saurions apporter assez d'attention aux soins pré ou post-opératoires, car très souvent l'insuccès dépend d'un rien, le curetage cette opération si souvent pratiquée n'est pas tout, et la guérison ne peut être obtenue que par des soins plus minutieux et plus longs.

Avant de passer en revue ces différents modes thérapeutiques, nous devons exposer en quoi consistent les moyens prophylactiques que nous avons à notre disposition pour diminuer sinon pour faire disparaître cette entité morbide.

Si l'on veut bien se reporter à l'étiologie que nous avons assignée aux métrites, on se convaincra qu'elles sont toujours de nature infectieuse; le problème consiste donc à écarter tout élément infectieux dans les circonstances où il a le plus de chance pour se montrer.

Si nous avons peu à faire contre ces métrites qui relèvent d'un état général infectieux, variole, scarlatine, etc., etc, sauf des injections vaginales aseptiques, nous sommes mieux armés contre les deux états pathologiques qui ont à leur actif la plupart des métrites, à savoir : la puerpéralité et la blennorrhagie.

Contre les causes prédisposantes, les mauvais états diathésiques, nous devons recourir à un traitement médical à longue portée, hydrothérapie, arsenic, fer, etc. Contre les infections atténuées qui relèvent des micro-organismes banals de la cavité vaginale nous pouvons opposer des soins de propreté mieux compris qu'ils ne l'étaient il y a quelques années; de nos jours le bock injecteur doit faire partie du cabinet de toilette de toute femme soucieuse de sa santé, et par une injection avec un liquide antiseptique quelconque faite chaque matin, elle assurera une propreté suffisante de ses voies génitales.

Mais les deux pires ennemis contre lesquels nous devons le plus agir, sont le streptocoque, agent de la fièvre puerpérale, et le gonocoque celui de la blennorrhagie.

Nous avons démontré que l'infection était toujours de cause externe, causée par l'accoucheur ou la sage-femme qui manquait à toutes les règles de l'antisepsie qui sont aujourd'hui des lois.

Pendant notre séjour à l'hôpital Cochin nous avons été chargé de la Maternité pendant huit mois, durant cette période plus de six cents femmes ont reçu nos soins et

sur ce nombre nous sommes heureux de le constater, trois seulement ont eu la soi-disante fièvre de lait, qui n'était autre qu'une infection puerpérale atténuée, limitée à l'utérus. Ces trois malades ont guéri facilement par l'emploi de moyens très simples dont nous parlerons dans un instant, le seul secret consistait à rattacher la fièvre à sa véritable cause. A part ces trois malades toutes les autres ont eu des suites de couches normales, pas la moindre élévation de température, aucune sensibilité abdominale, et les lochies absolument inodores. Toutes ont quitté l'hôpital dans un délai variant de huit à quatorze jours. Ce résultat vraiment très beau a été obtenu malgré les nombreuses interventions, forceps, versions, deux bariotripsies; délivrances artificielles; qui ont nécessité des attouchements répétés de la muqueuse utérine. Nous sommes heureux de constater que ces résultats si satisfaisants (0 de mortalité), ont été la récompense de procédés antiseptiques constants, mais non compliqués.

Chaque malade à son entrée est envoyée au bain, si le travail est trop avancé on se contente d'une toilette des organes génitaux externes faite au savon et à la brosse, et d'une injection vaginale au sublimé au quatre millième. Pendant la durée du travail on fait encore une ou deux injections avec la même solution. Le toucher vaginal est pratiqué aussi rarement que possible; pourquoi, en effet, faire ces touchers multiples, une fois que le diagnostic a été fait, cela n'a pas sa raison d'être, et il suffit de pratiquer l'auscultation de temps à autre afin de s'assurer que tout va bien et que l'enfant ne souffre pas.

Ce toucher en tous cas, quel que soit le nombre de fois qu'on doive l'employer, sera aussi aseptique que possible; les mains seront soigneusement lavées, brossées, et trem-

pées dans une solution de sublimé au millième. Les ongles seront coupés courts et curés avec soin. Ce lavage suffit dans les cas ordinaires, mais si par hasard on avait touché à du pus, ou fait une autopsie, ou donné des soins à une puerpérale, l'on devrait autant que possible s'abstenir d'assister la femme ; ou en cas de force majeure ne le faire qu'après une toilette qui ne saurait être trop minutieuse. C'est là qu'interviennent le brossage longtemps répété et l'immersion des mains dans le permanganate de potasse, le bisulfite et l'eau phéniquée forte.

En cas d'une intervention quelconque, la malade sera nettoyée très sérieusement, intérieurement et extérieurement. Il n'est pas nécessaire de raser le pubis. Les instruments, forceps, ballon, seront flambés ou bouillis et les mains et les avant-bras l'objet d'une toilette sévère. Une fois ces conditions réalisées l'accoucheur est en droit de se livrer à l'intervention qu'il veut, sans avoir le moindre doute sur le succès qui l'attend. C'est surtout dans les cas de délivrance artificielle que la propreté est de rigueur ; ici plus que dans toute autre intervention la main sera en contact prolongé avec la muqueuse utérine, avec une muqueuse saignante qui présente des portes d'entrée ne demandant qu'à se laisser envahir par l'infection, et l'on comprend que le moindre état septique des mains doive faciliter cette absorption.

On nous excusera d'insister sur ces détails banals en apparence, mais si importants au point de vue des femmes qui nous sont confiées. Il ne suffit pas d'avoir diminué la mortalité due à la fièvre puerpérale et même de l'avoir fait disparaître de certains services. Certes ces infections foudroyantes qui tuaient les malades autrefois en quarante-huit heures, et même plus rapidement, ont à

peu près disparu actuellement ou tout au moins se montrent très rarement. Il faut faire plus et ne pas se montrer satisfait si l'accouchement doit être le point de départ d'une métrite, qui en dehors du danger auquel elle exposera la femme plus tard, la privera souvent des joies d'une nouvelle conception. Actuellement nous devons et nous pouvons plus, et nous maintenons qu'à peu de frais l'accouchement doit être ramené à un acte purement physiologique, non susceptible de complications, même après une intervention longue et laborieuse.

L'accouchement une fois terminé et la délivrance faite, certains accoucheurs se contentent de pratiquer une injection vaginale (1), et d'autres pensent que ce n'est pas suffisant. Dans le service nous procédons de la façon suivante : immédiatement après la naissance de l'enfant on pratique une injection vaginale ; le délivre ayant été extrait on fait une injection intra-utérine avec du sublimé au quatre millièmes à moins de contre-indications, albuminurie, hémorrhagie grave, auquel cas on use de l'eau phéniquée. Nous avons continué cette pratique qui était celle du service, mais nous ne pensons pas qu'elle soit d'une utilité absolue, sauf après des interventions, et en particulier la délivrance artificielle. Autrement, le seul avantage incontestable que nous reconnaissons à cette méthode c'est de favoriser les contractions utérines, et l'on a remarqué que les femmes perdaient beaucoup moins dans les jours qui suivent. Quoiqu'il en soit nous n'avons aucune objection sérieuse à lui faire, elle nous a paru exempte de tout danger, et jamais les femmes n'ont présenté la moindre menace de syncope. Mais il vaut mieux s'en abstenir si l'on est pas absolu-

1. Ribemont et Lepage. *Traité d'obstétrique*.

ment sûr de son matériel à injection, eau et canule. Il ne faudrait pas sous prétexte de propreté porter l'infection là où elle n'existe pas.

Dans les jours qui suivent, on donne à la femme deux injections par jour et ce n'est que dans les cas où l'écoulement devient fétide que ce nombre est porté à quatre ou six. Il faut bien savoir, d'ailleurs, que cet écoulement n'est pas toujours d'origine utérine, la preuve en est que dans la majorité des cas tout rentre dans l'état normal dans les 48 heures ; il faut admettre que le vagin est seul en cause, et ce sont le plus souvent quelques plaques de sphacèle qui s'éliminent. Ceci est particulièrement fréquent chez les primipares à vagin et à périnée étroits, lorsque le travail a duré un certain temps.

Au bout de huit à douze jours nos malades quittent l'hôpital, et l'utérus se perçoit difficilement par la palpation abdominale ; néanmoins ce terme est bien rapproché et l'involution utérine n'est pas complète. Mais il est souvent impossible de faire entendre raison aux malades, sans compter que quelquefois elles se trouvent dans l'obligation de rentrer chez elles. Dans la pratique de la ville, il est bien entendu que l'on ne leur donnera l'autorisation de quitter le lit qu'à la fin de la troisième semaine. A ce moment si tout s'est passé sans incident, l'utérus a accompli sa régression et tout danger de contamination est dès lors évité.

Ce sont là, comme on peut s'en convaincre, des détails d'une très grande simplicité, et il serait à désirer que le médecin et la sage-femme usent d'une grande énergie vis-à-vis de leurs malades. Malheureusement il est à craindre que de tous temps, il se trouve des gens négligents ou insoucians qui compromettront la santé des femmes qui

leur sont confiées par l'oubli de ces précautions élémentaires.

En ce qui concerne la blennorrhagie, ici encore le médecin ne saurait trop se convaincre de la gravité de cette affection chez l'homme et le devoir qui lui incombe de la combattre avec acharnement afin de diminuer les contagions encore si fréquentes. Jusqu'à ces dernières années la blennorrhagie était considérée comme une maladie insignifiante, et après quelques semaines de traitement, alors que la douleur et la purulence de l'écoulement avaient disparu, celui qui en était porteur reprenant ses habitudes sans se soucier de cette gouttelette matinale qui passait d'ailleurs souvent inaperçue. La question a changé de face, et de nos jours la blennorrhagie est considérée à juste titre comme étant sinon plus grave, du moins aussi sérieuse que la syphilis. Ainsi que le fait remarquer judicieusement Guiard, la blennorrhagie est grave pour le malade qui en est atteint, tant par ses conséquences immédiates qu'éloignées. Elle est surtout effrayante lorsqu'on l'envisage au point de vue du mariage. Ce qui caractérise cette affection, c'est qu'elle est contagieuse non-seulement dans ses périodes aiguës ou subaiguës, mais aussi lorsqu'elle a passé à l'état chronique. Ainsi que nous le disions au chapitre de l'étiologie, ce qui a pendant longtemps induit en erreur les cliniciens et ce qui leur avait fait nier la contagiosité de la goutte militaire, c'est que quelquefois il n'y avait pas de vaginite concomitante, et l'impossibilité dans laquelle ils se trouvaient de décèler dans les écoulements l'élément pathogène, le gonocoque, dont la découverte n'était pas faite. Actuellement tout cela s'est réalisé par les examens positifs qui ont été faits et qui ont jeté un jour nouveau sur cette question.

La goutte militaire, si elle n'est pas de nature contagieuse pendant toute sa durée, est susceptible de le devenir sous certaines influences, excès de coït, de table, de boissons, et la blennorrhagie peut alors être transmise à la femme. Cette vérité ne saurait être trop répétée, car elle a une importance majeure. Nous n'y insisterions pas si le seul danger auquel était exposée la femme était la métrite. Certes cette affection est pénible par elle-même, par ses troubles fonctionnels et par le retentissement qu'elle peut produire sur l'état général des malades ; mais jamais en somme elle ne constitue un danger de mort. Beaucoup plus importantes sont ses complications toujours possibles, et telle métrite, sans qu'on puisse le prédire, se terminera par une annexité qui aura pour conséquence de rendre la femme stérile, ou par un pyo-sâlpinx qui fera d'une valide une infirme, et tout cela se terminera souvent par une mutilation, plus ou moins grave, qui même de nos jours se termine quelquefois fatalement.

A cette métrite, avec toutes ses conséquences possibles, ne sont pas exposées seules, comme le dit Verchère (1), les prostituées et les femmes légères, mais aussi les femmes de la société qui reçoivent de leur mari comme cadeau de nocces une métrite qui les conduira peut-être au tombeau.

Ces faits sont si communs qu'il est vraiment banal d'y insister, mais actuellement l'écueil est reconnu et le médecin ne devra pas manquer de prévenir son client du danger qu'il fait courir à sa femme, et son devoir est de lui interdire le mariage avant sa guérison complète.

Cette guérison il l'obtiendra en soignant dès le début

1. Verchère. *La blennorrhagie chez la femme*. Bibliothèque Charcot-Delove.

avec méthode les blennorrhagies aiguës, et fera de son mieux pour les empêcher de passer à la chronicité. Contre ces vieilles gouttes militaires, il devra employer les traitements d'usage et ne donner l'autorisation du mariage qu'après constatation de la guérison. Dans ces derniers temps cette question : « Blennorrhagie et Mariage (1) » a vivement préoccupé les médecins et de nombreux mémoires ont paru sur cette question. Nous citerons principalement le travail de Finger et les recherches de Janet.

D'après ces auteurs le mariage pourra être permis aux blennorrhagiques lorsque :

1° L'examen bactériologique de la gouttelette matinale ne révélera pas la présence du gonocoque, ou de tout autre micro-organisme ; même après la réaction à la bière ou après une injection au nitrate d'argent.

2° L'examen de l'urine fera constater l'absence de filaments et de grumeaux dans le deuxième verre de la miction, ce qui caractérise comme on le sait l'urétrite postérieure.

Il est inutile d'ajouter que ces recommandations ne seront pas toujours suivies à la lettre ; mais nous devons nous efforcer de les faire accepter des malades ; c'est le seul moyen de diminuer le nombre de ces infections gonococciques si graves et si difficiles à guérir chez la femme.

Il résulte de ce qui précède que la prophylaxie des métrites réside dans une très grande propreté à chaque fois que l'on veut faire subir un contact quelconque à l'utérus ; l'ennemi c'est le microbe, qu'il s'agisse de la puerpéralité ou de la chaudépisse, et nous avons à notre

1. Janet. *Arch. de gynécologie et de tocologie*. 1892.

Guiard. *La blennorrhagie chez l'homme*.

Finger. *La blennorrhagie*.

disposition des moyens pour lutter efficacement contre eux.

Les précautions précédentes n'ayant pas été prises ou l'ayant été insuffisamment, l'inflammation utérine s'est constituée. Nous devons nous efforcer de la détruire sur place avant qu'elle n'ait le temps de s'étendre au loin ; car encore une fois n'oublions pas que si la lésion est à l'utérus, le danger est aux annexes !

Ainsi que nous l'avons déjà dit il n'y a pas une métrite, mais des métrites, et le traitement à leur opposer variera suivant la forme (aiguë ou chronique), les différentes variétés, et l'état plus ou moins avancé des lésions.

La métrite aiguë s'observe rarement, la forme la plus commune est celle qui succède à l'accouchement ou à l'avortement. Les accoucheurs et gynécologues se rangent en deux camps au sujet du traitement qu'il convient de lui appliquer ; les uns préconisent le curettage suivi d'injections intra-utérines, jusqu'à ce que tout rentre dans l'ordre ; les autres (Pinard, Tarnier), préfèrent les injections intra-utérines continues. Au moyen d'un dispositif spécial on établit un courant antiseptique dans l'utérus, et on fait passer ainsi dans sa cavité un nombre considérable de litres d'une solution antiseptique dans les vingt-quatre heures. Les deux méthodes ont de chauds partisans et peuvent être employées, mais pour notre part ; d'après ce que nous avons vu, sans les rejeter, nous pensons qu'on peut arriver au même résultat plus facilement.

Le grand reproche que nous adressons au curettage pratique dans ces conditions, c'est de constituer une opération qui n'est pas à la portée de tout le monde ; de plus, nous pensons que la curette en râclant la muqueuse ouvre des veines et facilite l'absorption des produits infectieux

qui sont à sa surface. Enfin, le curettage même bien fait n'enlève pas toujours les morceaux de placenta adhérents. Nous avons le souvenir de trois malades qui ont été curettées dans ces conditions par nos maîtres, et à l'autopsie on pouvait constater la présence de lambeaux placentaires non détachés. Dans deux des cas, le curettage avait été pratiqué deux fois en 48 heures, et dans le troisième l'utérus en un point était si mince qu'un coup de curette de plus l'eût inévitablement perforé.

Les injections continues n'ont pas ces inconvénients et ont donné d'excellents résultats à ceux qui les ont employées. Mais ici encore nous trouvons la manœuvre bien compliquée. Si elle est de mise dans une Maternité où l'on a tout sous la main, elles nous paraissent peu praticables en ville où l'installation nécessaire ne pourra être obtenue, particulièrement dans les milieux pauvres.

Cette année, dans le service, nous avons eu à traiter trois malades dans ces conditions, nous nous sommes contenté de leur faire passer, trois fois par jour, cinq litres d'une solution phéniquée faible dans l'utérus à chaque séance.

Dans l'espace de 48 heures la fièvre est tombée, l'écoulement a changé de caractère et peu à peu l'utérus a accompli sa régression. Cette méthode suffit par conséquent dans tous ces cas d'infection atténuée et elle a le grand mérite de pouvoir être mise en œuvre par la première sage-femme venue.

A part ce traitement local qui est le plus important, on peut également lui associer de la quinine, de l'antisepsie intestinale, de la glace sur le ventre; mais ce qu'il faut avant tout c'est l'immobilisation la plus absolue. Dans l'immense majorité des cas on aura la satisfaction de voir l'état s'amender dans le plus bref délai.

Un point important qui mérite discussion, c'est celui qui a trait à la déchirure du col et au traitement qu'on doit lui opposer. La déchirure du col est on le sait une complication fréquente de l'accouchement, et nous avons vu que cette solution de continuité était une porte ouverte à l'infection ; de sorte que certains auteurs se sont demandé s'il n'y avait pas lieu d'examiner le col de toutes les femmes accouchées et d'en pratiquer la suture immédiate en cas de déchirure, comme on refait immédiatement le périnée qui a cédé. C'est ainsi qu'agissent, Pallen de New-York, Léopold, Dudley (1), Boldt (2) et quelques autres.

Pour notre part, nous ne voyons aucun avantage sérieux à mettre cette méthode en pratique. De deux choses l'une : ou l'on a été propre, ou l'on ne l'a pas été. Si l'accouchement a été fait comme il convient de le faire, le vagin est dans un état d'asepsie relative et la déchirure se réparera spontanément d'elle-même : sans imposer à la nouvelle accouchée déjà exténuée, une opération de ce genre qui demande du temps, des aides, et un matériel à l'abri de toute critique. Si l'accouchement a été sale, au moment de la déchirure l'inoculation se sera produite, la suture du col ne changera en rien la situation et la désunion sera souvent le résultat de cette manœuvre, nous le répétons, pénible pour la malade. Comme on le voit nos préférences sont pour l'abstention pure et simple, disons-le incidemment en passant, nous ne reconnaissons qu'une indication absolue à la suture du col, c'est une hémorrhagie à son niveau dont on ne se rendrait pas maître facilement par une injection chaude ou un tamponnement vaginal.

1. *Mercredi Médical*, 13 janvier 1892.

2. *Société gynécologique américaine*, septembre 1889.

En dehors de ces cas d'infection post-puerpérale, premier stade d'une métrite que nous retrouverons plus tard sous forme du gros col parenchymateux, la métrite se présente très rarement à nous dans sa période aiguë, et c'est surtout contre ses états chroniques que nous avons à intervenir.

Nous n'avons nullement l'intention de faire un historique de la question et de passer en revue les mille traitements qui ont été institués contre cette affection. Nous voulons seulement, nous guidant sur ce que nous avons vu exposer quelle est à notre avis la meilleure façon de procéder. C'est le seul moyen d'être clair et de ne pas nous perdre au milieu de détails encombrants.

Nous ne parlons que de deux méthodes, l'une pour la proscrire complètement, et l'autre pour en signaler les avantages et les désavantages. La première c'est la cautérisation des pseudo-ulcérations du col qui a constitué à une époque où on la considérait comme le facteur primordial, le traitement de choix des métrites. Les gynécologues de profession savent maintenant les rattacher à leur véritable cause, et connaissent les moyens à leur opposer; mais d'autre part combien de médecins s'acharnent encore de nos jours à cautériser ces fausses ulcérations! et pendant des semaines et des mois, ces malheureuses malades s'acheminent vers quelque cabinet médical où on leur fait une application d'un caustique quelconque; tous y ont passé, depuis l'inoffensive teinture d'iode jusqu'aux agents les plus énergiques.

Le bénéfice ne peut être que pour le médecin, car on n'a jamais vu guérir ainsi ce symptôme, du moins nous nous trompons, la guérison est obtenue, mais elle est trompeuse et une autre lésion a été substituée à la première

Voici en effet ce qui se passe : à la suite de ces cautérisations répétées il se fait au niveau de ces pseudo-ulcérations une cicatrice, le col s'épidermise, étouffant dans la profondeur des culs-de-sac glandulaires atteints d'inflammation chronique. Guérison apparente, le médecin est satisfait, la malade moins ; car elle ne tarde pas à souffrir de nouveau et elle s'achemine plus vite vers le gros col parenchymateux. Comme le dit notre maître M. Bouilly, on a enfermé le loup dans la bergerie.

Il n'est pas de mois où nous n'ayons occasion de voir ces malheureuses qui ont été ainsi traitées au dépens de leur bourse et de leur état général ; et il suffit d'une amputation du col pour que ces malades réputées incurables soient guéries, mais n'anticipons pas.

Une autre méthode, que nous nous garderons de juger aussi sévèrement, c'est celle qui consiste à traiter les métrites au moyen des cautérisations par les crayons au chlorure de zinc ou par la pâte de canquoin. La première, préconisée par M. Dumontpallier ; et l'autre par M. Polailon. Cette question de traitement des métrites par les caustiques a été l'objet de vives polémiques, et le point de départ de plusieurs discussions à la Société de Chirurgie. Voyons d'abord quels en sont les avantages, nous verrons ensuite pourquoi ils ne compensent pas les désavantages.

Dans un article de la *Gazette des hôpitaux* (1), M. de Grandmaison, alors interne de M. Dumontpallier, défend les idées de son maître et apporte des faits de guérison radicale à la suite de ce traitement. M. Dumontpallier dans les cas d'endométrite invétérée place dans la cavité uté-

1. Grandmaison. *Du traitement des endométrites. Gazette des Hôpitaux*, 22 oct. 1889.

rine un crayon de chlorure de zinc qu'il laisse à demeure. Les résultats présentés par de Grandmaison sont des plus satisfaisants. Au bout d'un certain temps le caustique par son action amène du sphacèle de la muqueuse qui se détache, supprimant du coup la surface malade.

Sur 70 malades, l'auteur rapporte 68 succès et deux atrésies consécutives seulement. M. Dumontpallier reconnaît lui-même d'ailleurs le danger des sténoses, puisqu'il recommande de faire pendant une période de dix jours le cathétérisme de la cavité utérine avec des bougies graduées et de faire suivre cette dilatation d'une cautérisation avec une solution de nitrate d'argent au cinquième.

La méthode de M. Polaillon consiste à se servir au lieu du chlorure de zinc, de la pâte de canquoin, le but recherché étant le même.

La lecture des faits est très convaincante et il n'est pas douteux que ces procédés aient à leur actif de nombreuses et durables guérisons ; mais les reproches qui leur ont été adressés sont sérieux et méritent d'être pris en considération.

Lorsque M. Dumontpallier a communiqué ses résultats à la Société de Chirurgie, sa communication a été le point de départ d'une discussion à laquelle ont pris part plusieurs de ses membres, ces Messieurs tout en reconnaissant les mérites du chlorure de zinc ont présenté les objections suivantes : M. Reynier a cité des cas suivis de douleurs très vives, de syncope et d'atrésies rapides du col. M. Bouilly a rappelé que dans une thèse récente (1) où l'auteur a rapporté 30 observations de malades traitées

1. Lauth. *Du traitement de l'endométrite par le bâton de chlorure de zinc*. Thèse Paris, 1888.

par les flèches de chlorure de zinc, sur ce nombre 21 avaient eu de l'atrésie empêchant l'introduction de l'hystéromètre et 9 autres avaient été perdues de vue.

M. Pozzi admettrait volontiers le traitement par les caustiques si on pouvait en limiter l'application. Dans tout traitement des métrites, quel que soit le procédé mis en usage, il faut conserver la couche muqueuse interglandulaire qui sert d'amorce à la régénération d'une nouvelle membrane, ce qui est réalisé par le curettage qui ne fait qu'abraser la muqueuse. La pâte de canquoin, dit cet auteur, la dépasse en profondeur, et il n'y a plus d'amorce pour sa régénération, et à sa place il se forme du tissu fibreux. M. Pozzi rapporte deux cas où il a pu constater l'oblitération complète de la cavité utérine au-dessus du col qui était resté intact.

Comme on le voit, à part les défenseurs de la méthode, il y a eu peu de ralliés.

Nous ne nous permettrons pas de trancher cette question qui perd du terrain journellement, car notre expérience à ce sujet est nulle; nous n'avons jamais eu l'occasion de voir traiter des malades par ce procédé. Mais nous dirons seulement, puisque de l'avis même des promoteurs de cette méthode, ce traitement est douloureux pendant les 24 premières heures, et qu'il peut s'accompagner de l'atrésie de col, nous ne voyons aucun avantage à le préconiser, puisque nous pouvons sinon faire mieux, tout au moins aussi bien en employant d'autres moyens exempts de ces dangers. Le curettage en particulier et les amputations du col n'amènent jamais d'atrésies (Pozzi), à moins que les sutures aient été mal faites ou qu'il y ait eu suppuration du lambeau. Mais si l'on n'est pas certain d'éviter ces accidents, il ne faut pas se livrer à cette chirurgie.

Ici c'est une question à notre portée, contre laquelle nous pouvons quelque chose, tandis que les cautérisations sont des moyens aveugles, et nous ne pouvons restreindre leur action dans une mesure où elles seraient vraiment utiles.

Abordons maintenant le traitement proprement dit des métrites tel que nous l'avons employé ou vu employer par nos Maîtres avec un plein succès. Disons-le immédiatement, c'est un traitement toujours long, qui demande de la part du médecin comme de celle de la malade de la patience. La métrite est une maladie chronique, et comme l'a si bien dit Peter : « A maladie chronique il faut une médication chronique ».

Il ne faut pas se bercer de l'illusion qu'on modifiera complètement en une séance une muqueuse qui est souvent malade depuis des années et qui est touchée dans tous ses éléments. Vouloir avoir cette prétention serait de la folie, et c'est pourquoi bien des malades ne guérissent pas, pour la raison que le traitement n'a pas été continué assez longtemps.

Le traitement qui a été le plus en vogue dans ces dernières années est sans contredit le curettage de l'utérus préconisé par Récamier contre la métrite fongueuse, mais qui était resté dans l'oubli, car ce n'était pas une opération d'urgence et avant l'ère antiseptique, il n'était pas permis de faire une opération de complaisance.

Lorsqu'on se fût familiarisé avec l'antisepsie et qu'on se fût rendu compte que l'on pouvait tout oser, à la condition d'être propre, le curettage comme toutes les autres opérations s'est imposé, et grâce aux efforts constants de M. Doleris et de quelques autres, cette merveilleuse opération a pris le rang qu'elle devait occuper dans la thérapeutique des métrites.

Sous le couvert de l'antisepsie, et grâce à la bénignité de cette intervention, on n'a pas tardé à en faire un abus considérable et le moindre écoulement leucorrhéique, fût-il la simple expression d'une chlorose, était attaqué énergiquement par la *cuiller tranchante*, c'était non plus le prurigo secandi, mais la fureur du cri utérin; et que de matrices furent ainsi râtissées ! Tous les médecins voulaient faire des interventions, c'était de la chirurgie à la portée de tout le monde, sans souci des indications et des résultats éloignés. Aussi, qu'en est-il résulté de ce déplorable abus ? Certains accidents. Nous en connaissons quelques-uns ; et les moyens adjuvants qui sont en quelque sorte le complément obligatoire du curettage furent mis de côté. Les malades, au bout de très peu de temps, souffraient autant qu'auparavant, ou du moins voyaient reparaître leurs troubles fonctionnels.

Actuellement, fort heureusement cette fièvre des premiers temps est passée, et le curettage est une opération bien classée ; l'on sait ce qu'on est en droit d'en attendre, si on l'applique dans des conditions bien déterminées et en l'associant à d'autres moyens thérapeutiques qui sont indispensables.

Bien que cette question soit connue par tous ceux qui font de la gynécologie sérieusement, nous pensons néanmoins qu'il y a quelque intérêt à faire une révision du sujet, afin d'attirer l'attention sur certains points extrêmement importants.

Toutes les métrites sont-elles justiciables du curettage ? Nous avons exprimé notre opinion au sujet des métrites aiguës, et nous avons fait valoir les arguments qui nous faisaient avec d'autres la déconseiller. Quant aux métrites

chroniques, on peut dire que la plupart d'entre elles dans un stade avancé relèvent de cette intervention.

S'agit-il d'une endométrite cervicale et corporelle, avec utérus modérément développé, sans lésions du col, le curettage et quelques soins post-opératoires suffiront pour amener la guérison.

S'agit-il, au contraire, d'une métrite cervicale chronique, invétérée, avec ectropion de la muqueuse et dégénérescence scléro-kystique du parenchyme, le curettage sera peu de chose à côté du traitement chirurgical à diriger contre le col. C'est ici qu'interviendront les différents procédés d'amputation de ce segment, que ce soit l'opération d'Emmet, de Schröder, de Bouilly. Chacune d'elles a des indications que nous spécifierons plus loin.

Mais est-ce à dire pour cela qu'une métrite ne puisse pas guérir sans le curettage ? Certes non, et il faut ici comme dans toutes les questions en médecine faire intervenir l'état social de la malade, et le temps dont on dispose pour le traitement.

A vrai dire, le curettage avec ou sans opération sur le col permet de brûler les étapes, et on arrive à guérir en trois ou quatre semaines des malades qui auraient été à peine améliorées après trois mois de traitement par les vieux procédés.

Lorsque nous aurons montré que l'opération en elle-même n'expose à aucun danger, on comprendra pourquoi nous la conseillons vivement.

Nous ne faisons une exception que pour certaines métrites très peu accusées qu'il est facile de guérir par la dilatation, et des pansements fréquemment renouvelés de la cavité utérine. Quelques attouchements avec un liquide modificateur, la teinture d'iode par exemple, rendront en

peu de temps à la muqueuse ses caractères normaux et la « *restitutio ad integrum* » en sera la conséquence. Mais si au bout d'un certain temps de ce traitement il n'y avait aucune amélioration réelle, il faudrait agir alors plus énergiquement.

Le curettage étant indiqué dans la plupart des métrites chroniques, soit isolément, soit conjointement avec une amputation du col, nous allons tout d'abord nous en occuper, nous réservant ensuite de distinguer les cas dans lesquels il faut s'occuper du col et de quelle façon il convient de le faire.

Sans nous arrêter à tous les détails de cette opération, détails qu'on trouvera partout, nous insisterons principalement sur quelques points qui divisent encore les gynécologues entre eux.

Nous passons sur la préparation de la malade, le grand bain, le lavement traditionnel, l'antisepsie préalable vaginale, etc., etc.; ce sont là choses banales sur lesquelles l'opinion est unanimement faite. Il n'en est pas de même des points suivants ;

1^o Faut-il faire la dilatation utérine le jour même de l'opération, ou 48 heures avant ?

La dilatation extemporanée se fait au moyen du dilateur de Sims et des bougies graduées de Hégar. Quelques gynécologues la font encore (1).

Nos maîtres n'emploient ce système qu'exceptionnellement, Ils préfèrent avec raison pratiquer une grande dilatation au moyen de tiges de laminaire ; on en place une 48 heures avant le jour fixé pour l'intervention, le lendemain on l'enlève pour en mettre une plus grosse. De cette façon

1. Pozzi. *Traité de gynécologie*.

on obtient une dilatation plus régulière, le curettage se fait mieux, l'irrigation est plus facile, ainsi que les pansements ultérieurs.

Nous conseillons vivement cette dilatation prémonitoire qui est d'une exécution simple. Le seul inconvénient, et il est réel, c'est que la plupart des femmes se plaignent dans le courant de la journée de coliques utérines produites par la présence de ce corps étranger. C'est une sensation de gêne, d'agacement, plutôt qu'une douleur véritable, et nous n'avons jamais rencontré des malades qui en aient éprouvé des ennuis très sérieux. Ce n'est que dans les cas de métrites compliquées de déviations utérines qu'on a parfois de la difficulté à placer la tige, mais en la recourbant, ou en abaissant le col, il est exceptionnel que l'on éprouve une grande peine.

2^e Faut-il anesthésier les malades ?

Certains auteurs se basant sur le peu de sensibilité du col, ont proposé de se passer de l'anesthésie qui fait courir à la malade un danger hors de proportion avec son affection. Nous reconnaissons que certaines malades sont très dociles et ne contrarient en rien les temps de l'opération. Pour celles-là, nous ne voyons aucun inconvénient à les opérer sans recourir à l'anesthésie. Mais c'est l'exception, le plus souvent les malades se plaignent, l'utérus s'abaisse mal, par suite de contorsions de la patiente les manœuvres sont moins bien conduites, les instruments frottent contre les jambes de la malade, l'antisepsie devient illusoire et l'on a hâte d'en finir. L'opération en un mot est certainement moins bien faite et le plus souvent tout cela se termine par des larmes du côté de la malade, et une scène d'impatience du côté du chirurgien.

Dans ces conditions nous pensons qu'à part ces cas

très rares dont nous avons parlé plus haut, le curettage est une opération qui réclame l'anesthésie. Celle-ci, bien maniée et confiée à un aide sûr, fait courir très peu de risques à la malade et l'on fait de la meilleure besogne. Quant aux anesthésies à la cocaïne et au koryl, nous en avons vu des exemples, et nous n'en parlons que pour les proscrire. L'éther ou le chloroforme suivant les goûts du chirurgien, il n'y a pas à transiger.

La malade étant endormie on procède à l'opération qui est d'une simplicité extrême, en se servant du spéculum de Collin on peut se passer d'aides, en ayant soin de faire placer la cuvette aux instruments à sa portée.

Le spéculum étant en place, on saisit la lèvre supérieure du col avec une pince tire-balle afin de fixer l'utérus. Mieux vaut ne pas abaisser l'organe, cela n'est pas indispensable ; néanmoins nous reconnaissons qu'il n'y a aucun inconvénient sérieux à l'amener inférieurement, à la condition expresse de s'être assuré par un examen préalable de l'état des annexes. La moindre inflammation de ce côté contre-indiquant formellement l'abaissement de l'utérus.

L'organe saisi, abaissé ou non, on pratique une injection intra-utérine avec du sublimé ou de l'eau phéniquée faible ; par suite de la large dilatation obtenue avec la lamine on se sert d'une canule en verre, les sondes intra-utérines à double courant de Doléris, de Budin, n'étant pas nécessaires.

L'irrigation faite, on procède alors au curettage. Les modèles de curettes ont été variés à l'infini ; la plus simple est la meilleure. On la promène à la surface de la muqueuse sur ses faces antérieure, postérieure et latérales, insistant surtout au niveau du col où les lésions sont

les plus invétérées. On passe deux ou trois fois dans le même endroit et on ne s'arrête que lorsqu'on éprouve cette sensation de résistance qui indique que l'on est dans du tissu sain, il se produit à ce moment un bruit spécial, le cri utérin.

Ceci fait, on pratique de nouveau une injection intra-utérine, et sans se servir de l'écouvillon qui n'est pas nécessaire, on prend un tampon monté sur une pince et imbibé d'une solution antiseptique quelconque. Chlorure de zinc au dixième, glycérine créosotée au tiers, et on l'exprime au niveau de la muqueuse. Le liquide baigne la surface interne de l'utérus, s'écoule par l'orifice externe du col et se répand dans le vagin. Si l'on a employé de la glycérine créosotée il ne faut pas oublier d'irriguer le vagin, autrement sa muqueuse se laisse entamer par le caustique et quelques jours après on découvre une plaque de sphacèle vaginale, ce qui constitue une douleur pour la malade et de l'anxiété pour le médecin non prévenu.

Certains auteurs se contentent comme pansement d'un tamponnement léger du vagin, d'autres laissent une mèche de gaze dans l'utérus, enfin quelques-uns placent dans l'utérus un drain en caoutchouc. Ici encore il faut de l'éclectisme, et tout dépend de l'état des lésions. Si la métrite est invétérée et qu'on suppose qu'il y aura lieu de faire des pansements utérins pendant longtemps, il y a avantage à maintenir sa dilatation ; s'il existe en même temps de la rétro-flexion, le drain favorisant le ramollissement de l'utérus aidera plus facilement à sa réduction ; dans les cas légers au contraire on peut se passer de pansement utérin.

Voilà l'opération terminée, elle est très simple. La plupart des médecins s'en tiennent là et considèrent que leur

rôle est terminé. Le pansement est enlevé au bout de trois jours, la malade prend quelques injections, et 15 jours, trois semaines après, elle réclame son exeat; guérie nous dit l'observation, nous ajouterons guérison immédiate, car très souvent la récurrence survient d'emblée et cela parce que le médecin a manqué de remplir des indications formelles, sans quoi d'après nous le succès est très rare.

Nous ne pouvons admettre qu'on puisse prétendre modifier ainsi cette muqueuse qui est malade depuis des années. La curette en enlevant toute la partie superficielle et une portion de la sous-muqueuse supprime il est vrai un nombre considérable de parties infectées, mais il n'en reste pas moins des culs-de-sac glandulaires malades. Si donc le curettage constitue la seule intervention, la malade se réinoculera fatalement, et dans l'espace de quelques semaines elle sera en pleine récurrence. Aussi sommes-nous complètement d'accord avec M. Pozzi qui recommande de ne pas abandonner ces malades trop tôt; dans les jours qui suivent le curettage, il faut continuer à porter au contact de la muqueuse des substances antiseptiques, faire tous les deux ou trois jours un attouchement de la cavité utérine avec une solution de nitrate d'argent ou avec de la teinture d'iode. De cette façon, la guérison sera certaine, autrement il ne faut pas y compter.

L'année dernière, pendant notre internat chez M. Monod, nous avons ainsi cureté des femmes, négligeant de faire ces pansements antiseptiques, consécutifs; ce qu'il en est advenu, c'est que à part les curettages que nous avons pratiqués pour les endométrites hémorrhagiques (qui ne constituent pas, ainsi que nous l'avons démontré, des endométrites vraies), toutes nos malades revenaient quelques mois après et tout était à recommencer. Frappé de

ces insuccès, nous avons recherché quelle pouvait en être la cause et nous avons lu la remarque judicieuse de M. Pozzi (1). A partir de ce moment, nous avons modifié notre façon de faire, plusieurs malades traitées ainsi pendant un mois ou deux ont été revues par nous dans la suite et nous avons pu constater qu'elles étaient restées guéries.

Pendant combien de temps faut-il continuer ces attouchements de la muqueuse? Cela est difficile à établir, il n'existe aucune règle et le gynécologue devra se conduire suivant les cas. Telle métrite durant depuis quelques mois sera modifiée en quelques jours, telle autre datant de plusieurs années demandera un traitement plus long, c'est une question de tact.

Inutile de dire que tous ces pansements devront être faits très proprement, il ne faudrait pas, sous prétexte d'antiseptiser l'utérus, l'infecter.

Nous sommes convaincu que la plupart des échecs dans le traitement des métrites tiennent à ce défaut de soins ultérieurs ; quelquefois pourtant l'insuccès tient à une autre cause, à laquelle le chirurgien est tout-à-fait étranger. Nous avons le souvenir d'une malade que nous avons soignée avec beaucoup d'attention et qui était revenue nous trouver quelques mois après, ayant de nouveau des pertes blanches sérieuses; la petite enquête à laquelle nous nous sommes livré nous a permis de reconnaître que le mari de cette femme était porteur d'une vieille goutte militaire qui avait subi quelques semaines précédemment une recrudescence et il avait contaminé sa femme. L'idéal serait dans les endométrites blennorrha-

1. Pozzi, *Traité de gynécologie*.

giques de s'occuper également du mari, il faudrait pour bien faire, remettre à neuf les deux muqueuses. Nous signalons seulement cette cause de récurrence assurément intéressante, mais nous reconnaissons la difficulté qu'il y a d'y porter remède.

Lorsque le curettage a été mis en honneur, cette opération a été pratiquée dans tous les services de Paris, et quelque temps après la question fut portée devant la Société de chirurgie et discutée (1). Tous ont reconnu que cette intervention était simple et qu'elle constituait un progrès dans le traitement des endométrites. A cette opinion se sont ralliés Trélat, Terrillon, Terrier, Richelot, Routier, Lucas-Championnière et Bouilly, pour ne citer que quelques-uns.

Tous ces chirurgiens ont apporté des faits concluants, et la cause du curettage était décidément gagnée, les efforts de Doléris n'avaient pas été vains (2).

Les indications de cette opération nous les connaissons. Quelques utérus ont bien été râclés sans que cela fut nécessaire par des médecins qui constituent heureusement une minorité dans notre profession ; à part ces exceptions, la découverte de Récamier avait à son actif des guérisons sérieuses.

Quant aux contre-indications, elles sont peu nombreuses et elles dépendent souvent des lésions des annexes. Nous ne parlerons pas de ces métrites compliquées de légère poussée du côté des trompes, de ces salpingites catarrhales, se révélant par de la douleur et par une toute petite

1. *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1890.

2. Doléris. *Bulletin acad. de méd.*, avril 1890.

— *Nouvelles arch. d'obst. et de gyn.*, 1890.

— *Congrès français de chirurgie*, 1889.

trompe dure, perceptible dans le cul-de-sac latéral ; dans ces cas le curettage donne souvent les meilleurs résultats. En nettoyant l'utérus, l'inflammation des annexes s'amende quelquefois dans des proportions considérables. Telle était l'opinion du regretté Professeur Trélat, et c'est aussi celle de M. Pozzi qui ne voit aucun inconvénient à l'employer, à la condition de ne pas abaisser fortement l'utérus. Nous avons vu que cette manœuvre était des plus simples. Il n'en est pas de même du gros pyo-salpinx qui constitue une contre-indication absolue, le danger de rupture avec péritonite suraiguë consécutive est ici trop grand pour qu'on doive l'employer ; le curettage ne sert à rien d'ailleurs dans des cas de ce genre. Car vouloir vider ces trompes par l'utérus est une illusion que ne peuvent conserver que ceux qui n'ont jamais eu de pièces de pyo-salpinx entre les mains.

Quant aux métrites compliquées d'inflammation chronique du tissu cellulaire de la base des ligaments larges, de la périmétrite en un mot, le curettage de l'utérus a souvent à leur égard une influence des plus favorables. Cette muqueuse malade joue vis-à-vis des troncs et des ganglions lymphatiques du petit bassin le même rôle qu'une écorchure septique du pied vis-à-vis d'un ganglion crural. Antiseptisez, détermgez, soignez en un mot cette porte d'entrée au niveau de la région plantaire, et le ganglion s'il est temps encore ne suppurera pas ; il en est de même de l'utérus, et on trouvera dans l'excellente thèse de notre ami Cantin des exemples très probants de ce que nous avançons (1).

1. Cantin. *Des lymphangites péri-utérines et de leur traitement par le curettage*. Thèse de Paris, 1889.

Nous avons souvent répété que le curettage de l'utérus était une opération bénigne, cela est vrai entre les mains d'un chirurgien qui a la notion que c'est une intervention qui demande à être pratiquée avec un soin extrême, si on ne veut pas s'exposer à de cruels mécomptes.

On pardonnerait volontiers à un chirurgien qui aurait une mort pour une opération de pyo-salpinx, mais un décès pour curettage serait un véritable désastre. L'on ne doit jamais tenter cette opération sans s'entourer de précautions minutieuses afin de ne faire courir aucun risque à la malade. Pourtant si les insuccès ne sont pas fréquents, ils n'existent pas moins, et personnellement nous en connaissons quelques cas.

Nous ne pouvons établir exactement le nombre de curettages que nous avons pratiqués ou vu faire, il est à coup sûr considérable, et voici les cas malheureux dont nous avons été témoin.

Dans le premier, il s'agissait d'une malade présentant tous les symptômes d'une endométrite très accentuée avec intégrité apparente des annexes. L'observation portait en effet : Annexes saines. La palpation bi-manuelle n'avait rien révélé.

Cette femme est curettée, et dès le deuxième jour la température s'élève à 40°, en même temps se produisent des signes cliniques qui ne laissent aucun doute sur la participation du péritoine. Ballonnement abdominal, sensibilité hypogastrique, pouls petit, vomissements, faciès grippé. Tout le cortège en somme d'une inflammation aiguë du péritoine.

Malgré le traitement énergique qui fut immédiatement institué, la malade succomba le cinquième jour. A l'autopsie on pouvait constater une péritonite généralisée ; il

il y avait du pus non-seulement dans le petit bassin, mais encore au milieu des anses intestinales. Quant aux annexes, elles étaient peu distendues, mais elles contenaient un liquide louche. En aucun point, on ne pouvait constater une solution de continuité de leur paroi, pas plus qu'il n'existait une perforation de l'utérus.

Que s'était-il passé ? Il est difficile de le dire ; peut-être que la trompe déjà malade a été le point de départ d'une poussée aiguë sous l'influence d'une opération intempestive ; ou bien il s'agit peut-être d'une faute opératoire, d'une infection suraiguë, d'une salpingo-ovaro-péritonite suppurée, relevant d'une infection produite au cours de l'intervention. Nous ne concluons pas, ce qu'il y a de certain, et quelle que soit l'explication qu'on veuille fournir, c'est que cette malade a succombé à la suite d'un curetage. Ce fait nous a profondément frappé et nous avons tiré de ce cas lamentable deux conclusions qui s'imposent :

1° Propreté méticuleuse au cours des opérations.

2° Examen complet des annexes avant de curetter un utérus.

Dans trois autres cas, au cours de l'opération la curette a passé à travers l'utérus laissant les opérateurs dans la plus terrible anxiété. Dans deux des cas, il n'y eut aucun retentissement péritonéal, dans le troisième, dès le lendemain légère élévation de température, ventre sensible, vomissements. Péritonisme plutôt que péritonite vraie. Sous l'influence du repos absolu, de l'opium et de la glace sur le ventre, tout s'est calmé et la guérison a été rapidement assurée.

Voilà les cas que nous avons vus, mais nous avons connaissance d'une perforation faite dans ces conditions, qui

s'est terminée par la mort. Nul doute que les faits de ce genre soient plus fréquents qu'on ne le pense ; mais comme on le comprend, les auteurs n'ont nulle envie de se faire connaître.

Si un accident de ce genre survénait, conviendrait-il de faire, ainsi que cela a été préconisé, l'hystérectomie vaginale immédiate (1)? Nous ne pensons pas qu'il faille aller si vite et faire un si gros sacrifice pour un accident grave il est vrai, mais pas fatalement mortel, ainsi que le démontrent nos observations.

Le seul moyen d'éviter cette perforation c'est d'agir avec douceur et de ne pas curetter l'utérus trop brutalement. Si on s'aperçoit que le tissu utérin a été perforé l'opération sera terminée immédiatement et on se gardera bien de faire une injection intra-utérine.

Nous ne conseillons pas l'hystérectomie vaginale qui n'est pas praticable par tout médecin, il faut tenir la malade au repos complet, lui donner de l'opium, et appliquer de la glace sur le ventre. Il n'y a qu'à attendre les événements ; très souvent le chirurgien en sera quitte pour la peur ; si au contraire la situation s'aggravait, il serait temps de faire une laparotomie, de laver le péritoine et de drainer le Douglas.

A part ces deux accidents, la perforation et la péritonite suppurée, nous n'avons jamais constaté aucun phénomène alarmant à la suite du curettage, la douleur est toujours supportable, l'hémorrhagie est insignifiante, la fièvre est nulle ; les suites sont en somme d'une bénignité absolue.

1. Baudron. *Hystérectomie vaginale*, thèse de Paris, 1894. L'auteur ne reconnaît qu'une seule indication pour l'hystérectomie, c'est lorsque la perforation a été méconnue et que l'injection intra-utérine a permis le passage du liquide dans l'abdomen.

Pendant longtemps le curettage est resté seul en honneur les opérations sur le col étaient acceptées avec timidité, on craignait l'hémorrhagie, mais surtout l'atrésie consécutive. Avec de l'expérience, on est revenu de ces craintes chimériques. L'hémorrhagie dans la section de ces gros cols est souvent nulle, par suite du développement du tissu de sclérose qui a étouffé les vaisseaux. Notre maître nous a fait remarquer que ces sections se faisaient souvent sans écoulement sanguin ; et nous disait « que plus le col est malade et moins il saigne ».

Quant aux atrésies du col, elles sont, comme le dit M. Pozzi dûes à un défaut dans la technique opératoire ou surviennent à la suite de la suppuration des lambeaux, il est facile d'y remédier.

Les opérations sur le col sont dans certains cas le complément indispensable du curettage, mais avant de nous occuper de ces types cliniques, nous devons dire quelques mots de cette variété d'endométrite cervicale glandulaire sur laquelle M. Bouilly a attiré l'attention et sur le traitement qu'il conseille de lui appliquer.

Cette endométrite glandulaire dont nous avons parlé au chapitre symptomatologique n'est pas influencée par le curettage qui ne fait qu'abraser la couche superficielle de la muqueuse, laissant dans la profondeur les culs-de-sac glandulaires qui sont en dehors de sa portée. Tous les auteurs avaient reconnu l'inefficacité de la curette contre cette forme rebelle. M. Bouilly a imaginé de faire suivre le curettage d'une excision de la muqueuse cervicale pratiquée sur les deux lèvres, en ménageant aux deux angles une bande de tissu muqueux qui s'oppose au rétrécissement de l'orifice dans l'avenir.

Nous renvoyons le lecteur à l'article de la *Semaine médi-*

cale pour la description de ce procédé facile et rapide (1). Cette opération permet de supprimer tout le tissu malade, et l'on a des chances d'obtenir la guérison à la condition de faire une excision large qui remontera jusqu'à l'orifice interne.

Quelquefois une seule intervention ne suffit pas et il faut y revenir; enfin dans quelques cas rares à la vérité cette forme résiste à tous nos moyens.

En dehors de l'endométrite glandulaire, les opérations sur le col s'adressent aux métrites parenchymateuses, à ces gros cols qui ont été déchirés au moment de l'accouchement; il en résulte de l'ectropion muqueux, qui avec les années et les cautérisations intempestives s'est cicatrisé, enfermant dans sa profondeur des conduits glandulaires, des culs-de-sac dilatés, véritables kystes qui sont une source de douleurs pour les malades, par les phénomènes de rétention qui en sont le siège.

Contre ces cols entr'ouverts, fendus largement, ectropionnés, cicatrisés ou non, toutes les méthodes de douceur sont pure perte de temps, il faut les supprimer en partie, et c'est ici qu'interviennent les différentes opérations de Schröder, d'Emmet, l'amputation bi-conique, etc. Quel que soit le procédé mis en œuvre le but est le même : Supprimer une partie de la muqueuse avec tous ses éléments plus ou moins malades et dégénérés.

Ces opérations sont délicates et demandent quelque habitude, mais elles ne sont pas difficiles. Le col saigne peu, il ne faut pas s'attarder à vouloir faire de l'hémostase, la réunion des tranches utérines faite au moyen de deux crins de Florence latéraux arrêtera l'hémorrhagie.

1. Bouilly. *De l'endométrite cervicale glandulaire et de son traitement chirurgical*. *Semaine médicale*, 7 février 1893.

Enfin dans ces vieilles métrites cervicales avec dégénérescence scléro-kystique du parenchyme, on constate souvent un effondrement du plancher périnéal ; la même cause, l'accouchement a amené la déchirure du col et la rupture du périnée. Avec les années les tissus perdent leur souplesse, le vagin s'affaisse, il se fait une rectocèle et une cystocèle, l'utérus déjà hypertrophié est mal soutenu, s'abaisse, il se produit un degré variable de prolapsus de l'utérus.

Contre ce complexe symptomatique, ce n'est pas une hystérectomie vaginale qu'il convient de pratiquer, encore moins une hystéropexie ; mais un « complet », comme dit spirituellement notre maître, à savoir :

Le curettage utérin ;

L'amputation du col ;

Une colporrhaphie antérieure ;

Une colporrhaphie postérieure ;

Et une périnéorrhaphie.

Chez les femmes jeunes surtout, ces différentes interventions, qui peuvent être faites d'ailleurs en une seule séance, ont le plus merveilleux effet et on fait dans ces cas de la chirurgie vraiment utile.

Quel que soit le traitement qu'on aura employé, qu'il s'agisse d'un curettage simple ou associé à une amputation du col, il faut donner quelques conseils aux malades afin d'empêcher leur réinoculation. Il faut leur faire comprendre la nécessité des injections proprement faites, et leur conseiller, pendant les premiers temps qui suivent l'opération, le repos au moment des règles et l'usage modéré des rapports sexuels. Tous ces efforts seront récompensés dans l'avenir par une conception souvent impossible jusque-là, et l'accouchement malgré les opérations sur

le col se fera normalement. Cette année nous avons eu dans le service deux malades qui avaient subi l'excision partielle du col l'année dernière, dans les deux cas la dilatation s'est accomplie normalement et le travail n'a pas été ralenti.

Le rôle du médecin n'est pas terminé lorsqu'il s'est occupé de l'état local et il ne doit pas oublier qu'il se trouve en présence de nerveuses, d'hystériques et de dyspeptiques. Ces métrites par leur durée et leurs souffrances ont quelquefois détraqué cette frêle créature, et il faut y remédier.

Lorsqu'on a eu la chance de dépister dès le début une métrite qui tenait sous sa dépendance des phénomènes réflexes, le traitement local peut suffire à faire disparaître les phénomènes généraux, c'est pourquoi il y a tout intérêt à faire ce diagnostic de bonne heure. Mais le plus souvent il n'en est pas ainsi; l'inflammation utérine n'a été que la cause occasionnelle d'une série d'accidents nerveux et gastriques chez des prédisposées, et la maladie secondaire n'a pas tardé à évoluer pour son propre compte. Dans ces cas il faut de toute nécessité soumettre les malades à un traitement médical et leur conseiller une saison aux eaux.

Ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture de ce qui précède, le traitement des métrites n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire; et inutile de dire que nous l'avons seulement ébauché.

Il faut une connaissance approfondie des variétés cliniques de cette affection pour leur opposer un traitement rationnel. Ce traitement, toujours long, minutieux, donne le plus souvent d'excellents résultats si on se conforme aux préceptes que nous avons énoncés, et si on veut y consacrer le temps voulu.

OBSERVATIONS

Le nombre des métrites que nous avons eu occasion de voir pendant le cours de nos études est considérable, et nous ne pensons pas qu'il soit utile de publier toutes les observations que nous avons recueillies. La plupart des types cliniques sont calqués les uns sur les autres, et ce serait nous exposer à des redites en les consignant tous. Les considérations que nous avons développées précédemment nous ont été suggérées par la lecture des notes que nous avons prises sur nos malades. Nous terminerons ce travail en relatant quelques faits qui nous ont paru intéressants, et qui seront en quelque sorte le complément de ce que nous avons exposé. Nous ferons suivre la plupart de nos observations de quelques réflexions afin de bien mettre en lumière les points importants.

OBSERVATION I

Endométrite post-puerpérale. Injections intra-utérines, répétées cinq fois par jour. Guérison.

La nommée Julienne H..., âgée de 20 ans, entre à la Maternité de l'hôpital Cochin, le 23 septembre 1894, pour faire ses couches.

Cette malade a été réglée à 11 ans et n'a jamais présenté aucune affection digne d'attirer notre attention. C'est une primipare à terme, dont les dernières règles remontent au 20 octobre 1893.

Grossesse excellente. Apparition des premières douleurs le 29 septembre à 6 heures du soir. La rupture de la poche

des eaux a eu lieu spontanément 12 heures avant le début du travail ; ce dernier n'a présenté rien de particulier et elle met au monde le 30 septembre à 6 heures du soir un garçon pesant 3420 grammes.

Délivrance normale et complète. Pas d'hémorrhagie.

Injection intra-utérine. La malade est placée dans la salle commune et reçoit deux injections vaginales par jour.

Le 3 octobre au soir, à notre contre-visite, elle se plaint d'un peu de pesanteur abdominale et de coliques. La langue est sale, mais le pouls et la température ne présentent rien d'anormal. Elle ne perd pas et les lochies n'ont aucune odeur. Nous pensons que ces légers accidents sont dus à la constipation et nous prescrivons un lavement qui le plus souvent juge rapidement la question.

4 octobre. — Le lavement prescrit hier soir a produit son effet, mais n'a amené aucune détente. La nuit a été agitée, le pouls est fréquent et le thermomètre placé sous l'aisselle marque 38°,5 ; en même temps, nous constatons pour la première fois une odeur aigrelette des lochies. Nous ordonnons plusieurs injections vaginales dans le courant de la journée à l'eau phéniquée faible.

5 octobre. — Température hier soir 39°, ce matin 38°,5.

Etat stationnaire. Malgré les injections vaginales les lochies sont fétides et l'état général est moins satisfaisant. Pouls fréquent, pesanteur hypogastrique, anorexie complète, légère diarrhée.

Le 5 octobre. — Au soir, température 39°,5. Sans plus hésiter, nous pratiquons une injection intra-utérine, et nous faisons passer 5 litres de la solution phéniquée faible, l'injection ramène quelques détritüs.

A minuit nouvelle injection. En même temps, café, quinine et Todd.

6 octobre. — T. 38°,8, le soir 39°,4.

Pendant toute cette journée nous pratiquons cinq injections intra-utérines, trois avec la solution phéniquée et deux au permanganate de potasse.

7 octobre. — Apyrexie complète, et à partir de ce moment l'utérus a accompli son involution en même temps que l'état général devenait progressivement meilleur. Cette femme a quitté l'hôpital le 25 octobre complètement guérie.

Réflexions. — C'est là un cas type d'infection puerpérale atténuée, avec début au troisième jour après l'accouchement. Dans le courant de l'année nous avons eu trois cas d'infection de ce genre, sans que nous ayons pu reconnaître quel en avait été le point de départ. Chez notre malade la rupture de la poche des eaux avait eu lieu avant qu'elle n'ait été soumise au lavage des organes génitaux, ce qui explique peut-être le mécanisme de cette complication post-puerpérale.

Quoi qu'il en soit, au troisième jour après sa délivrance, elle a présenté des accidents qui ne laissaient aucun doute sur leur nature. L'infection était intra-utérine, il fallait de toute nécessité agir sur cette muqueuse à laquelle adhéraient quelques fragments de membranes. Nous avons choisi pour cela la méthode simple, c'est-à-dire des injections intra-utérines répétées, qui ont amené en deux jours la guérison de cette forme qui se serait certainement aggravée si on l'avait abandonnée à elle-même. Nous nous proposons d'intervenir plus activement par un curettage, si cette thérapeutique facile et simple n'avait amené rapidement une détente, mais nous avons préféré nous réserver cette arme, pensant avec raison que les injections intra-utérines suffiraient.

Les injections intra-utérines continues auraient eu le même résultat et sans doute dans un délai plus bref, mais c'est une méthode compliquée qui n'est applicable que dans certains milieux.

Les deux autres cas que nous avons eu occasion d'observer sont identiques au précédent et nous n'y insisterons pas. Nous concluons en disant : que les injections intra-utérines, répétées plusieurs fois par jour, et faites avec un antiseptique quelconque, triomphent le plus souvent de ces formes d'infection atténuée, sans que l'on doive avoir recours aux injections continues, ni au curettage qui doit être réservé pour des cas qui résistent aux simples irrigations. Inutile d'ajouter que quel que soit le traitement institué on ne négligera pas les toniques, l'alcool, et le sulfate de quinine qui en sont le complément.

OBSERVATION II

Endométrite post-puerpérale. Curettage et injections intra-utérines. Mort. Péritonite généralisée. Placenta resté adhérent.

Ernestine Jant..., âgée de 25 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 4 février 1893, présentant des accidents infectieux dus à de la rétention placentaire. Avortement au quatrième mois le 1^{er} février. Deux jours après, fièvre très violente, douleurs abdominales et écoulement vaginal très fétide. La malade est transportée à l'hôpital et on pratique le curettage suivi d'injections intra-utérines. Aucune détente, et la mort survient le troisième jour.

A l'autopsie : Péritonite purulente, anses intestinales accolées par des fausses membranes.

Morceau de placenta adhérent à la partie latérale gauche de l'utérus, malgré le curettage énergique qui avait été pratiqué.

Réflexions. — Cette malade était profondément infectée et nous ne pensons pas qu'aucun moyen thérapeutique eût pu prévenir cette terminaison fatale.

Nous avons rapporté cette observation afin de démon-

trer que la curette n'arrive pas toujours à tout enlever. Dans un autre cas que nous avons observé en 1890 à l'hôpital Broussais, les choses se sont passées de la même façon, et l'examen *post-mortem* a permis de trouver un énorme fragment placentaire solidement implanté sur l'utérus. Si on insiste avec la curette on risque de perforer l'organe, et d'autre part, l'instrument ouvrant des vaisseaux facilite l'absorption des produits infectieux, et il n'est pas rare de constater dès le soir de l'intervention des frissons et une température de 40°. C'est pourquoi dans ces conditions nous sommes d'avis d'employer uniquement les irrigations utérines, répétées plusieurs fois par jour, quitte à recourir à la curette en dernier lieu. Dans bien des cas cette méthode facile, et à la portée de tous, permettra de triompher de ces formes infectieuses moyennes.

OBSERVATION III

Endométrite cervicale post-puerpérale, datant d'un an. Large déchirure bilatérale du col. Curettage et Emmet,

Marie A..., âgée de 26 ans 1/2, entre à l'hôpital Cochin le 16 novembre 1894.

Aucune maladie dans l'enfance.

Réglée à 16 ans, sans douleurs. Pas de leucorrhée.

Mariée à 24 ans. Peu après, fausse couche de 2 mois.

Devient enceinte 4 mois après. Grossesse régulière.

Travail laborieux et très long, nécessitant une application de forceps. Pas d'hémorrhagie consécutive.

Neuf jours après, la malade se lève et depuis va très bien. Cet accouchement remonte à un an. Depuis ce moment la santé de cette femme a été excellente, elle n'a jamais eu de douleurs abdominales et a eu ses règles tous les mois. Menstruation pas plus abondante que par le passé, et non accompagnée de coliques.

Dans l'intervalle aucune perte de sang.

Etat général très satisfaisant, et si elle vient consulter, c'est en raison d'une leucorrhée qui persiste depuis plusieurs mois et qui a résisté à quelques injections antiseptiques.

A l'examen : Femme pâle, anémique. Ne présente aucune tare nerveuse, gastrique ou pulmonaire.

Ventre souple, non douloureux à la pression.

Au toucher : Annexes non perceptibles, culs-de-sac libres et non sensibles. Col fendu très largement, permettant au doigt d'explorer toute la cavité intra-cervicale.

Utérus en situation normale, pas douloureux au ballotement.

Au spéculum : Large déchirure bilatérale du col, ce segment est ouvert comme si l'on avait sectionné les deux commissures. En soulevant les deux valves antérieure et postérieure du col, on constate que la muqueuse est rouge, recouverte d'un enduit visqueux.

Ces lésions sont peu accentuées encore, et la muqueuse utérine est intra-cervicale; l'ectropion n'a pas eu le temps de se produire.

26 novembre. — Grand bain et purgatif.

27 novembre. — Dilatation à la laminaire.

28 novembre. — Anesthésie et curettage. Muqueuse corporelle saine, col peu malade. Mais cette large déchirure nécessite une opération d'Emmet type, avec conservation sur la ligne médiane de deux colonnes de muqueuse, afin de prévenir la sténose.

Fils enlevés le huitième jour. Suites excellentes. Leucorrhée a disparu et la malade quitte l'hôpital le 16 décembre.

Réflexions. — Ce cas est excessivement instructif, et nous sommes persuadé que l'intervention chirurgicale a rendu un service immense à cette malade qui paraissait peu intéressante du fait de l'unique symptôme qu'elle présentait, la leucorrhée.

Si on s'était contenté de lui prescrire des injections au sublimé, ou si on s'était borné à cautériser cette muqueuse intra-cervicale, cette femme dans quelques mois aurait eu une métrite parenchymateuse. Cela n'est pas douteux, cette muqueuse était déjà infectée, et d'ici peu de temps elle se serait étalée à l'extérieur, entraînant des lésions irrémédiables du côté des culs-de-sac glandulaires ; et pour peu que cette malade fut tombée entre les mains d'un médecin peu au courant des modes de thérapeutique des métrites, elle aurait subi des cautérisations qui n'auraient fait qu'aggraver son état, et elle se serait acheminée encore plus rapidement vers les lésions ultimes dont son état actuel n'est que le premier stade. Malheureusement, nous n'avons pas souvent la chance de voir des femmes au début de leurs lésions, et il est rare qu'elles viennent consulter avant que les troubles fonctionnels n'aient atteint quelque intensité. Aussi devons-nous profiter de ces cas exceptionnels, et ne pas laisser passer les occasions que nous avons de rendre la santé à ces femmes par une intervention facile, d'une utilité incontestable.

OBSERVATION IV

Endométrite. Déchirure du col.

Ectropion muqueux. Effondrement périnéal. Curetage. Emmet.
Colpo-périnéorraphie.

L'observation suivante concerne une malade de la ville ; nous avons aidé notre maître M. Bouilly pour cette intervention qui a été pratiquée le 1^{er} juin 1894. Il s'agissait d'une femme de 38 ans ayant eu deux accouchements antérieurs, le dernier remontant à 4 ans. Depuis cette époque, leucorrhée très abondante, douleurs abdominales et pesanteur pelvienne.

A l'examen. — Femme lymphatique, à chairs molles.

Neurasthénique et dyspeptique.

Ventre souple. Fosses iliaques non douloureuses.

Utérus volumineux, abaissé. Col gros, déchirure gauche. Muqueuse ectropionnée, saignante, recouverte de mucosités.

Vagin effondré ; pendant les efforts de toux, léger degré de rectocèle.

L'opération a consisté en un curettage, une excision de la muqueuse du col et une colpo-périnéorraphie.

Réflexions. — Chez cette malade, la même cause, l'accouchement, a déterminé l'endométrite, la déchirure du col et l'effondrement périnéal, d'où : leucorrhée, ectropion, abaissement de l'utérus et pesanteur abdominale.

La douleur dans ce cas n'était pas due à la rétention glandulaire, puisque la muqueuse éversée n'avait pas eu le temps de s'épidermiser. L'utérus déjà congestionné et hypertrophié s'abaissait d'autant plus, qu'il était mal soutenu par le plan musculaire qui avait cédé. Afin d'avoir un résultat satisfaisant, il fallait de toute nécessité s'occuper de ces différents états ; le curettage seul, ou associé à l'excision de la muqueuse du col aurait certainement remis l'utérus en bon état et aurait fait disparaître la leucorrhée, mais la pesanteur pelvienne aurait persisté, attendu qu'elle était sous la dépendance de l'abaissement de l'utérus, de sorte qu'il fallait absolument redonner en outre un soutien à cet organe, en faisant une large colporraphie postérieure. Cette intervention qui paraît complexe, mais qui en réalité est très simple, peut être faite en une seule séance et remédie à tous les désordres.

Cette jeune femme a bénéficié largement de ce traitement. M. Bouilly a eu de ses nouvelles dernièrement, elle va aussi bien que possible, la leucorrhée et la pesanteur abdominale ont totalement disparu.

Si cette malade déjà nerveuse par ses antécédents n'avait pas été traitée, il n'est pas douteux que ses lésions utérines auraient eu le plus déplorable effet sur son état général; l'utérus aurait été le point de départ d'un état nerveux qui, une fois constitué, se serait développé pour son propre compte, et la lésion première n'aurait plus été qu'un épiphénomène.

L'intervention tardive aurait guéri l'utérus, mais n'aurait eu aucune prise sur les désordres nerveux et gastriques, qui par leur ancienneté auraient profondément altéré le système nerveux et qui n'auraient été en rien améliorés par le traitement local; d'où l'utilité de reconnaître ces formes de bonne heure afin de leur opposer un traitement rationnel.

OBSERVATION V

Métrite parenchymateuse. Dégénérescence scléro-kystique.

Col volumineux, épidermisé.

Erreurs de diagnostic et de traitement fréquentes.

Marthe M..., âgée de 34 ans, entre à l'hôpital Cochin, le 10 octobre 1894.

Cette femme n'a eu aucune maladie dans l'enfance.

Réglée à 14 ans 1/2, mariée à 18 ans. Elle a eu cinq grossesses qui toutes se sont terminées sans accident, avec des suites régulières. Souffre du ventre depuis deux ans, douleurs hypogastrique et rénale pendant la station debout. Impossibilité de marcher sans ressentir de la pesanteur abdominale. Règles régulières, pas de métrorrhagies. Pertes blanches très abondantes, datant de sa dernière grossesse.

Malade nerveuse, sujette à des crises d'étouffement, s'émeut à la moindre des choses, pleure facilement.

Sommeil mauvais. Appétit capricieux. Cette malade, sans que nous lui en fassions la demande, nous dit que

depuis qu'elle souffre (deux ans), son état nerveux est devenu progressivement mauvais.

A l'examen : Tous les désordres dont se plaint cette femme sont d'ordre purement réflexe, attendu que l'exploration la plus attentive de tous ses organes ne révèle aucune lésion.

Utérus volumineux, col très gros, non ulcéré. Sa surface est vernissée, lisse ; mais on constate par places des grains de plomb enchâssés dans son tissu. Pas de déchirure du périnée.

Le 28 octobre, après dilatation à la laminaire, nous pratiquons le curetage suivi de l'excision de toute la muqueuse cervicale, avec conservation d'un pont muqueux sur chacune des lèvres. La section du col a été suivie d'un léger écoulement de sang et nous avons ouvert plusieurs de ces petits kystes glandulaires à contenu muco-purulent. Deux crins latéraux.

Suites excellentes. Fils enlevés le huitième jour.

Exéat le 25^e jour.

Réflexions. — Cette observation qui est banale par sa fréquence mérite pourtant d'attirer l'attention à plusieurs points de vue. Voilà une femme qui à la suite de sa dernière couche a été infectée et déchirée. Infectée, puisque depuis ce moment elle a de la leucorrhée ; déchirée, puisqu'elle a actuellement un gros col scléro-kystique. Pendant deux ans, le seul symptôme qu'elle ait présenté a été la leucorrhée ; jusque-là la muqueuse cervicale était exulcérée et secrétait ; à partir de ce moment, il est probable que cette muqueuse s'est épidermée, entraînant l'oblitération des conduits excréteurs des glandes, amenant d'une part la production des kystes glandulaires, et d'autre part des douleurs. A la même époque, apparition de phénomènes sympathiques d'ordre varié. Enfin un dernier point très important sur lequel nous devons insister, est

le suivant : lorsque cette malade s'est présentée à nous, l'examen nous a permis de constater qu'elle avait un gros col, mais un col lisse, non ulcéré, qui pour un esprit non prévenu ou pour un œil non exercé, aurait passé pour un col évidemment hypertrophié, mais sain. Pourtant tel n'était pas le cas, et ces kystes folliculaires apparents à sa surface suffisaient, malgré l'absence d'ulcération, pour dire : col épidermisé, mais malade dans la profondeur. C'est ce que l'intervention a démontré par l'ouverture de ces kystes à contenu purulent.

Ces points sont très instructifs et méritent d'être signalés, il ne faut pas croire qu'ils soient connus de tous les médecins ; témoin, cette malade que notre maître M. Bouilly a opérée dernièrement en ville. Il s'agissait d'une femme de 36 ans, qui à la suite d'un accouchement avait eu une déchirure du col et une endométrite. Cette femme va consulter un des médecins les plus distingués de Paris qui commence par lui cautériser énergiquement son ectropion muqueux. Il en résulte une épidermisation du col et une diminution de l'écoulement leucorrhéique. Cette amélioration ne fut que de courte durée ; peu de temps après cette malade alla de nouveau trouver son médecin et se plaignit de douleurs abdominales, il l'examina et se montra très satisfait de l'état des parties et lui conseilla des injections et le repos au lit. Cette thérapeutique ne fut suivie, bien entendu, d'aucun résultat, et quelques semaines après elle tenta une nouvelle démarche auprès de ce médecin, qui après examen, lui déclara qu'elle était radicalement guérie et qu'il ne s'expliquait pas la cause de ses souffrances.

Cette femme, découragée, s'adressa à notre maître, qui reconnut un de ces cols trompeurs paraissant sains, mais en réalité infiltré de kystes et dégénéré.

Nous avons aidé notre maître dans cette opération et nous avons pu voir l'état dans lequel se trouvait cette muqueuse bourrée de kystes, mais qui était recouverte par cette mince épidermisation qui avait donné le change à ce médecin dont la réputation est pourtant grande. Nous concluons en disant qu'il ne faut pas cautériser ces ectropions et qu'il ne faut pas non plus s'en laisser imposer par l'aspect de fausse guérison que présentent ces gros cols épidermisés.

OBSERVATION VI

Endométrite catarrhale. Curettage suivi de cautérisations à la teinture d'iode. Guérison.

La nommée Amélie Dag..., âgée de 28 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 22 mars 1893, pour une métrite dont le début remonte à deux ans.

Il y a trois ans, grossesse normale et suites de couches excellentes. Pendant une année, menstruation régulière, pas de leucorrhée ni de douleurs abdominales.

Il y a deux ans, sans cause appréciable, la malade a été prise d'une leucorrhée intense qui n'a jamais discontinué jusqu'à ce jour. Puis peu de douleurs, sauf une légère sensation de pesanteur pelvienne. Règles pas plus abondantes que par le passé, mais douloureuses.

En somme, unique symptôme, leucorrhée, ayant débuté une année après une couche dont les suites avaient été bonnes.

A l'examen, ventre non augmenté de volume, mais la palpation est rendue très difficile par la contraction des muscles de l'abdomen, due à un état de nervosisme très accusé. Au toucher, annexes saines, du moins culs-de-sac souples, mais la palpation bi-manuelle est impossible pour la raison précitée. Utérus en anté-flexion accentuée. Col peu volumineux, ne présentant pas à sa surface de kystes glandulaires.

Au spéculum, le segment cervical n'est le siège d'aucune déchirure, la muqueuse n'est pas ectropionnée.

Mucus jaunâtre s'échappant du canal utérin.

Diagnostic. — Endométrite catarrhale.

25 mars. — Dilatation à la laminaire. Par suite du degré d'antéflexion, nous avons quelque peine à introduire la tige, mais en abaissant l'utérus d'une part et en recourbant la laminaire, d'autre part, nous arrivons à placer une petite tige que nous remplaçons le lendemain par une plus volumineuse.

27 mars. — Nous procédons au curettage après anesthésie, et nous terminons par une cautérisation à la glycérine créosotée au tiers. Corps utérin peu malade, lésions surtout développées au niveau du col. Tamponnement vaginal.

29 mars. — Malade détamponnée, injection vaginale, cautérisation intra-cervicale avec de la teinture d'iode. Ce pansement est répété tous les deux jours pendant trois semaines.

La malade quitte l'hôpital le 28 avril, nous l'avons revue en juin, elle ne présentait plus aucune leucorrhée.

Réflexions. — Cette observation présente quelques points importants dignes d'être notés. Grossesse il y a trois ans ; pendant une année aucune trace d'inflammation génitale. Début remonte à deux ans. Quelle est la cause de cette métrite ? Faut-il incriminer la puerpéralité ? Nous ne le pensons pas, car si l'infection avait eu lieu à ce moment, la leucorrhée n'aurait pas attendu une année pour se montrer ; d'autre part, le col ne présentait aucune déchirure, et il n'y avait pas d'éversion de sa muqueuse. Nous pensons que l'accouchement doit être mis de côté, et nous admettrions plus volontiers qu'il s'est produit une infection de cause quelconque une année après, et sans nul doute la blennorrhagie doit être le point de départ de cette

endométrite si pénible par sa leucorrhée. D'ailleurs, ce diagnostic ne présente qu'un intérêt secondaire, car quelle que soit la cause étiologique, au point où en sont les choses actuellement, le traitement est le même.

Nous insisterons en second lieu sur les douleurs très vives que présentait cette malade à l'époque de ses règles, douleurs qui n'étaient nullement dues à sa métrite, mais à sa déviation utérine; la malade d'ailleurs nous disait qu'elle avait toujours souffert au moment de la menstruation. Dans le cours de notre description nous avons insisté sur ces douleurs menstruelles qui relèvent dans la très grande majorité des cas d'une déviation quelconque de l'utérus. Véritable dysménorrhée.

Cette malade par sa sensibilité exagérée rendait la palpation abdominale, difficile, nous n'avons pas insisté, nous réservant de l'explorer sous le chloroforme. En dehors des avantages que nous avons signalés et qui nous font recommander l'usage de l'anesthésie pour pratiquer le curettage, nous avons omis de parler de l'exploration du petit bassin après résolution complète. C'est là une règle dont le chirurgien ne devra jamais se départir, il ne devra pas prendre le bistouri ou la curette sans se livrer à ce dernier examen. Sans parler des cas où la recherche des signes physiques est impossible à l'état de veille, on sera étonné parfois de constater des lésions qui avaient complètement échappé à une étude clinique approfondie de la malade, et telle trompe haut située, ou tel ovaire scléro-kystique, qui avait passé inaperçu, sera découvert par une palpation bimanuelle qui met ainsi entre les doigts, utérus et annexes, permettant de se rendre compte de la moindre lésion.

Enfin, signalons en terminant l'importance qu'il y a de

faire un traitement post-opératoire. La muqueuse du col était chroniquement enflammée depuis deux ans ; nous sommes persuadé, ainsi que nous avons pu nous en convaincre par l'étude d'autres malades, que le curettage n'aurait amené qu'une amélioration passagère ; les parties superficielles auraient été abrasées, mais les tissus sous-muqueux atteints aussi, n'auraient pas tardé à produire une réinoculation. Il y a un intérêt majeur à ne pas abandonner ces malades trop tôt, il faut, suivant le degré de la lésion et l'ancienneté du mal, modifier pendant plus ou moins longtemps la muqueuse, par des attouchements avec un modificateur quelconque. La guérison ne sera obtenue qu'à ce prix dans les vieilles métrites qui résisteraient à plusieurs curettages consécutifs. Nous en avons vu bien des exemples.

OBSERVATION VIII

Endométrite cervicale glandulaire chronique datant de vingt ans. Petit col conique.

Marie F..., âgée de 41 ans, vient à la consultation de la Maternité le 25 septembre 1894 et se plaint de leucorrhée dont le début remonte à 20 ans. Cette malade n'a jamais eu de fausse couche ni d'enfants. C'est une obèse, dont la menstruation est régulière, et qui en dehors de quelques rares douleurs abdominales ne se plaint que d'une leucorrhée excessivement abondante.

A l'examen : Ventre très volumineux, mais non douloureux. Culs-de-sac non sensibles, souples. Annexes non perceptibles. Col conique, à orifice punctiforme, laissant écouler par la pression du spéculum un mucus jaunâtre.

Réflexions. — C'est là un type d'endométrite cervicale glandulaire chronique, de nature certainement blennorrha-

gique. Bien que le début remontât à 20 ans, nous étions certain avant d'examiner cette femme de ne pas trouver, malgré l'ancienneté des lésions, le gros col parenchymateux si fréquent à cet âge. Mais ainsi que nous l'avons souvent répété, ce n'est pas la chronicité de l'affection qui règle le type clinique, mais bien l'étiologie. Ici pas d'accouchement, par conséquent pas de déchirure; et de ce fait, impossibilité de réaliser les conditions favorables à la production de la dégénérescence scléro-kystique du col.

Le seul traitement qui eût pu débarrasser cette femme de cette leucorrhée tenace, c'est la dilatation du col, suivie de l'excision complète de la muqueuse cervicale et de ses glandes. Le curettage simple et tous les autres moyens imaginables ne peuvent amener qu'une amélioration de courte durée. Nous avons proposé à cette femme d'entrer dans le service, mais elle n'a pas voulu se décider. Nous pouvons par conséquent prédire que sa lésion n'aura aucune tendance à la guérison et qu'elle continuera à être incommodée par ses pertes blanches jusqu'à la fin de ses jours. Ces cas sont analogues à ces vieilles uréthrites chroniques de l'homme, si difficiles à guérir, et qui résistent parfois à tous les traitements les mieux compris.

OBSERVATION VIII

Endométrite cervicale et corporelle.
Métrorrhagies. Curettage et Schröder.

Camille S..., âgée de 36 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Cruveilhier, le 11 mai 1893.

Rien à signaler dans les antécédents personnels de cette malade. Menstruation à 15 ans. Mariée à 18 ans. Deux grossesses, dont les suites ont été normales. La dernière remonte à 9 ans. Début des accidents date de ce moment.

Leucorrhée excessivement abondante et pesanteur abdominale. Menstruation régulière.

Depuis six mois la malade perd du sang et souffre un peu plus, c'est ce qui la décide à entrer à l'hôpital.

A l'examen. — Annexes saines, utérus mobile et non douloureux. Gros col à lèvres éversées, muqueuse rouge et fait hernie, grâce à une déchirure qui siège à la partie gauche du segment cervical. Hystérométrie douloureuse : 7 centimètres.

Le 15 mai. — Après dilatation préalable à la laminaire, nous procédons au curettage de l'utérus. La muqueuse du corps est malade et l'instrument ramène des fongosités. Réparation du col par un Schröder. La malade quitte l'hôpital le trentième jour. Nous l'avons revue deux mois après, et l'examen auquel nous nous sommes livré nous a permis de constater que tout était en parfait état. Cicatrisation du col, plus de douleurs, ni hémorrhagie, ni leucorrhée.

Réflexions. — Cette observation est intéressante, car elle nous montre que la métrite cervicale s'était compliquée de métrite corporelle, qui tenait sous sa dépendance les hémorrhagies dont cette malade se plaignait depuis six mois. Ici, il y avait une double indication à remplir, curetter l'utérus afin d'arrêter le symptôme hémorrhagie, et réparer ce col à muqueuse bourgeonnante qui amenait une leucorrhée très intense.

Ainsi que nous l'avons dit au cours de notre description, les métrorrhagies constituent un symptôme rare des métrites, et lorsqu'il y a perte de sang c'est que la muqueuse corporelle est touchée, ou alors il faut en rechercher la cause dans une lésion annexielle ou quelque petit fibrome utérin.

OBSERVATION IX

Endométrite hémorrhagique post-abortive, ou mieux rétention placentaire aseptique. Curettage. Guérison.

La nommée D... âgée de 32 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Cruveilhier, le 12 mai 1893, pour des métrorrhagies datant de huit mois. Cette femme a eu un accouchement à terme il y a 5 ans, à la suite duquel sa santé a été excellente. Aucun trouble du côté du système génital. Pas de pertes blanches. Menstruation régulière.

Le 12 septembre 1892, la malade fit une fausse couche de 3 mois $1/2$, et depuis ce moment elle n'a pas cessé de perdre du sang, à tel point qu'elle ne peut plus préciser la date de ses règles. Cet écoulement sanguin se montrait irrégulièrement tous les deux ou trois jours, et à deux reprises elle eut une perte sérieuse accompagnée d'expulsion de caillots. Traitée par les injections chaudes, elle voyait le suintement disparaître pendant quelques jours, pour apparaître de nouveau après un intervalle très court.

C'est là le seul symptôme qui se soit montré chez cette femme, jamais elle n'a éprouvé la moindre douleur, et n'a jamais eu de leucorrhée. Finalement, voyant que ces hémorrhagies l'épuisaient, elle se décide à entrer à l'hôpital.

A l'examen. — Femme très anémique, aux conjonctives décolorées. Degré de cachexie très avancée.

Rien aux viscères principaux, sauf un souffle au niveau de l'orifice de l'artère pulmonaire.

Utérus augmenté de volume, donnant 9 cent. $1/2$ à l'hystéromètre. Orifice du col entr'ouvert.

Annexes saines.

Après deux jours de repos et dilatation à la laminaire, nous pratiquons le curettage de l'utérus et nous ramenons quelques débris placentaires non putréfiés, placenta vivant greffé sur la muqueuse utérine, ce qui favorisait les pertes sanguines et qui empêchait la régression de l'utérus.

Huit jours après, l'utérus ne présentait plus qu'une longueur de 7 centimètres; et la malade quittait l'hôpital le vingt-deuxième jour, ne présentant plus d'écoulement de sang. Nous avons revu cette femme six mois plus tard, elle avait une santé florissante, avait repris des couleurs, et n'avait rien d'anormal du côté de l'utérus.

Réflexions. — Ce sont ces cas que les auteurs décrivent sous le nom d'endométrite hémorrhagique. Ainsi que nous l'avons dit au cours de la description clinique que nous avons donnée des métrites, nous refusons cette dénomination à cette entité morbide qui n'a aucun des caractères d'une inflammation utérine. Qui dit métrite dit infection; or, ici cette dernière n'existe pas, et ces malades n'ont ni fièvre, ni douleurs, ni leucorrhée, en un mot aucun des signes que nous avons l'habitude de voir à la suite d'une inflammation utérine. Dans une phase qui peut être d'une durée très longue, ces malades ont de la rétention aseptique placentaire; tout en reconnaissant qu'elles sont plus prédisposées que d'autres à s'infecter, nous tenons à signaler que cette infection peut ne pas se montrer. Nous ne rapporterons pas toutes les observations semblables que nous avons, elles sont au nombre de dix et ce serait décrire les mêmes détails inutilement.

Nous dirons en concluant que ces formes ne sont justifiables que du curettage, qui amène une guérison radicale dans l'espace de quelques jours; on assiste à de véritables résurrections, des femmes à bout de sang recouvrent immédiatement la santé.

Nous ne nions pas l'endométrite hémorrhagique, en dehors de l'avortement et de la puerpéralité. Cette forme existe certainement, elle n'est même pas rare; mais elle reconnaît alors pour cause une dégénérescence polypeuse

de la muqueuse corporelle et constitue aussi un des triomphes du curettage.

OBSERVATION X

Métrite cervicale. Opération de Schröder.
Oblitération complète du col.

Joséphine X..., âgée de 30 ans, vient consulter à la Maternité le 25 octobre 1894, pour des coliques abdominales survenant au moment des règles. Cette malade nous raconte qu'elle a eu une grossesse il y a deux ans, à la suite de laquelle se sont montrées des pertes blanches accompagnées de coliques abdominales. Menstruation régulière, jamais de métrorrhagie.

Au mois de mai 1894, elle est admise dans un des grands hôpitaux de Paris pour ses douleurs, et on lui pratique, nous dit-elle, un curettage suivi d'une opération de Schröder. Elle quitte l'hôpital 22 jours après, et depuis cette époque, il y a 7 mois, les pertes blanches ont disparu, mais par contre elle n'a plus eu ses règles, et à leur date habituelle elle est prise de violentes coliques abdominales qui l'obligent à garder le repos. Nous pensions qu'il s'agissait d'une grossesse, mais après avoir fait coucher la malade, c'est en vain que nous cherchons un utérus gravide. Le ventre est souple et la palpation au niveau des régions hypogastriques et des fosses iliaques est négative.

Le toucher vaginal est peu douloureux, les annexes nous paraissent saines; mais le col utérin est petit, et nous n'arrivons pas à découvrir l'orifice cervical qui paraît oblitéré. Le spéculum vient confirmer le fait en nous montrant un col fendu transversalement, mais complètement fermé; on se serait proposé de fermer la cavité cervicale qu'on n'aurait pu mieux faire. Pas le moindre pertuis permettant l'accès de l'hystéromètre, oblitération totale. Tout s'expliquait, plus de leucorrhée et pour cause, et aménorrhée compliquée de douleurs abdominales au moment des époques. Nous avons cherché avec soin s'il

n'existait pas une collection sanguine intra-utérine ou tubaire, mais nous n'avons rien constaté de ce genre.

Réflexions. — Voilà une observation qui ferait le bonheur des partisans du chlorure de zinc et de la pâte de canquoin, méthode comme on le sait qu'on a accusé de déterminer des sténoses du col. Dans le cas actuel le rétrécissement a été dépassé, puisqu'il y a oblitération complète. C'est le premier cas de ce genre que nous ayons eu occasion de voir, mais devons-nous pour cela incriminer l'opération ou l'opérateur? La réponse ne saurait être douteuse; comme le dit si bien M. Pozzi, les amputations partielles ou totales du col n'amènent des rétrécissements que si la taille des lambeaux a été mal faite ou s'il y a eu suppuration.

Toutes les opérations sur le col sont faciles mais délicates, il ne suffit pas de faire un avivement quelconque et de placer des crins de Florence, il faut encore savoir ce que l'on fait, autrement on s'expose à de graves mécomptes. Notre maître M. Bouilly n'a pas voulu prendre cette femme dans son service et l'a adressée à l'auteur du dommage qu'il réparera sans doute par une intervention radicale, l'hystérectomie vaginale; ce qui est beaucoup pour une simple métrite. Nous avons tenu à rapporter cette observation afin d'arrêter la main de ceux qui sont peu au courant de ces interventions.

OBSERVATION XI

Rétrécissement du canal cervical consécutif à une amputation du col.
Dilatation à la laminaire et introduction d'une tige de Lefour
dans la cavité utérine.

Catherine F..., âgée de 33 ans, entre à l'hôpital Cochin, salle Velpeau, le 26 décembre 1894.

Rien de particulier à signaler dans les antécédents, sauf une variole à l'âge de 8 ans.

Réglée à 15 ans. Une grossesse à 24 ans, couches très laborieuses, mais suites régulières. Pourtant, quelque temps après, elle présenta de la leucorrhée et se plaignit de pesanteur pelvienne. Traitée médicalement sans aucun résultat, elle subit en 1891 un curettage, une amputation du col et une périnéorrhaphie. Pendant une année sa santé fut excellente, puis elle commença à avoir des règles douloureuses. Elle vint consulter le Dr Bouilly l'année dernière, qui constata un léger degré de sténose du canal cervical, et il lui fit de la dilatation à la laminaire pendant huit jours. Cette thérapeutique fut suivie d'une amélioration, mais elle fut de courte durée, et les accidents ne tardèrent pas à reparaitre. Depuis six mois, cette femme est prise de douleurs atroces dans l'abdomen au moment de ses règles ; ces coliques se montrent quatre jours avant l'apparition du sang et sont aussi violentes pendant toute la durée de la menstruation, à tel point que la malade est forcée de s'aliter, et c'est à peine si elle est soulagée par l'application de cataplasmes laudanisés sur le ventre. La menstruation est beaucoup moins abondante que par le passé, et le sang est très clair. Dans l'intervalle de ses règles elle est en parfaite santé. Aucune douleur, pas de leucorrhée.

En somme, dysménorrhée datant de six mois. Admise à l'hôpital, et après examen, nous constatons que le col est petit et qu'il fait très peu de saillie dans le vagin. L'orifice externe est circulaire, il admet l'extrémité de l'hystéromètre, mais il nous est impossible de franchir l'orifice interne. Le diagnostic n'est pas douteux, il s'agit d'une sténose du canal cervical due à l'opération que cette femme a subie il y a 3 ans. Nous réussissons à introduire une tige de laminaire très fine, qui détermine dans le courant de la journée de violentes coliques. Elle est remplacée le lendemain par une plus volumineuse, et après quelques jours de dilatation le canal cervical est largement béant.

Le 2 janvier 1895, après anesthésie, M. Bouilly introduit dans la cavité utérine une tige de Lefour, qu'il fixe au col au moyen d'un crin de Florence.

Réflexions. — Ce cas est encore un exemple de rétrécissement du canal cervical après l'opération d'Emmet. Nous l'avons rapporté afin de montrer combien il faut être prudent dans l'excision de la muqueuse du col, il faut bien faire attention de conserver une bonne colonne de tissu muqueux, afin de prévenir le rétrécissement ultérieur.

Pendant près de deux ans cette femme n'a rien présenté de particulier, après quoi se sont montrés les premiers symptômes de sténose. C'est là ce qui se produit dans tous les cas de ce genre, il faut un certain temps pour que le tissu fibreux s'organise.

Quelle est la conduite à tenir? La dilatation par un procédé quelconque amène une rémission passagère, mais le rétrécissement se reproduit fatalement après quelques mois. C'est ce qui a eu lieu précisément pour cette femme. Il faut avoir recours à la dilatation permanente qu'on obtient facilement au moyen du tube de Lefour. C'est une tige en aluminium de 5 centimètres de longueur, présentant sur ses faces des rainures qui assurent l'écoulement des sécrétions et qui permettent l'issue au dehors du sang menstruel. Le résultat est très satisfaisant et les malades ne souffrent plus. Notre maître, M. Bouilly, a ainsi traité une femme qui a eu un rétrécissement à la suite de cautérisations au chlorure de zinc, il y a un an qu'elle porte un tube de Lefour, et les douleurs qu'elle avait ont totalement disparu.

OBSERVATION XII (inédite).

(Due à l'amabilité de notre maître M. Bouilly).

Ancienne déchirure du col; métrite parenchymateuse totale avec dégénérescence scléro-kystique du col. Abaissement utérin. Insuffisance du plancher vagino-périnéal. Curettage. Opération d'Emmet modifiée. Colpo-périnéorrhaphie. Guérison; résultats éloignés.

Mme D..., 39 ans, 7 grossesses, la dernière il y a 9 ans. Depuis cette dernière grossesse, cette dame toujours bien portante auparavant, a commencé à souffrir dans le ventre et à voir sa santé générale décliner : Elle a eu pendant des années des pertes blanches pour lesquelles elle a subi toute espèce de traitements, injections, cautérisations au nitrate d'argent, tampons glycerinés, etc. Pendant longtemps ses règles ont été très abondantes et très douloureuses, nécessitant le repos au lit. Lorsque la malade vint me consulter en février 1893, elle se plaint surtout d'une véritable invalidité; depuis plusieurs années, elle ne peut plus se tenir debout ni marcher plus de quelques minutes sans éprouver des douleurs dans tout le bas-ventre, la région sacrée, avec sensation de poids dans le bassin, de descente des organes, que la malade croit sentir tomber. En même temps, les traits se creusent et s'altèrent et le repos est indispensable au bout de quelques instants. Après quelques heures et parfois quelques jours de repos complet sur la chaise-longue, la marche peut être reprise et doit être abandonnée de nouveau au bout de quelques minutes. La malade est tout à fait triste et découragée; elle est lassée de tous les traitements inutiles qu'elle a subis et ne croit plus guère à la possibilité d'une guérison. Son appétit est presque nul; les digestions sont lentes; la constipation est modérée et cède à des lavements quotidiens devenus indispensables.

Les pertes blanches sont assez peu abondantes; elles sont surtout composées de glaires visqueuses, blanchâtres-muco-purulentes qui s'écoulent surtout pendant et après

les tentatives de marche. Les règles sont régulières, très douloureuses au moment de leur apparition, abondantes pendant le deuxième et le troisième jour avec des caillots et se prolongent en suintement pendant une semaine environ.

L'examen démontre: 1° une ancienne déchirure incomplète du périnée, avec amincissement et affaiblissement considérable du corps périnéal et béance constante de la vulve et du vagin, un léger degré de cystocèle et une rectocèle qui se produit pendant l'effort; 2° la présence d'un col abaissé, très gros, avec un large orifice anciennement et largement déchiré jusqu'au dôme vaginal à gauche, les lèvres hypertrophiées, renversées en rebord de pot de chambre, fermes, bourrées de petits kystes, douloureuses à la pression; la muqueuse est cicatricielle, vernissée dans la cavité cervicale; dans son ensemble le col remplit le vagin à sa partie supérieure. Les culs-de-sac sont très souples, sans induration ni sensibilité, sauf à gauche à la base du ligament large. Les annexes ne sont pas appréciables ni douloureuses et ne peuvent être senties par le palper bimanuel: 3° le corps utérin volumineux facilement appréciable à la palpation au-dessus du pubis, douloureux à sa face antérieure par la pression du doigt vaginal, douloureux au niveau de son fond par le palper hypogastrique. L'hystéromètre donne 8 centimètres.

A la fin de mon examen, la malade me regarde tristement et me dit qu'elle ne veut pas se soumettre à l'ablation des ovaires qu'on lui a déjà conseillé à plusieurs reprises, qu'elle aime mieux souffrir jusqu'à son retour d'âge qui améliorera peut-être son état, etc. J'ai beaucoup de peine à lui persuader qu'elle peut être guérie par de simples opérations extérieures de restauration et de remise des organes en meilleur état.

Opération le 14 février 1893. — Elle consiste, après une dilatation préalable de deux jours à la laminaire aseptique, dans 1° le curettage utérin; 2° l'opération d'Emmet, avec la modification que je lui ai fait subir, et consistant en

pareil cas à faire une résection profonde et étendue des parties hypertrophiées du col ; 3° une colpo-périnéorrhaphie large et haute, le point supérieur de l'avivement commençant presque de suite au-dessous du col, de manière à produire un grand rétrécissement du vagin.

Les suites opératoires sont absolument simples et apyrétiques comme dans tous les cas de ce genre. Les sutures périnéales au fil d'argent sont enlevées au huitième jour ; les sutures vaginales et cervicales au crin de Florence au dix-septième jour. Toutes les réunions sont immédiates et parfaites. La malade quitte la maison de Santé le 15 mars 1893.

Suites éloignées. — Les règles ont manqué en mars et en avril ; elles sont revenues dans les premiers jours de mai et depuis elles sont régulières, peu abondantes et sans douleur. Cette dame vient me revoir dans le courant de 1894 ; elle a subi une merveilleuse transformation ; elle a bon teint, bonne tournure ; elle a l'air gai et heureux et a tout-à-fait repris goût à la vie. Elle me raconte que pendant trois mois après son opération elle n'avait que très peu marché, qu'elle ne souffrait plus, mais qu'elle n'osait pas se lancer, que peu à peu enhardie et encouragée, elle a commencé à s'occuper dans sa maison, à sortir en ville et à la campagne, à faire peu à peu de bonnes courses. La marche la fatigue encore assez vite ; cependant elle peut s'occuper de ses enfants qu'elle avait abandonnés à des domestiques et à des gouvernantes ; elle marche facilement une heure sans lourdeur ni souffrance ; elle digère, elle dort, elle a repris de la gaieté et de l'entrain. En un mot, elle n'est plus la même femme, ni au point de vue physique ni au point de vue moral.

L'état local est très satisfaisant ; le plancher vaginopérinéal est solide ; le périnée est résistant et épais, la vulve est fermée et froncée, le contact existe entre la paroi vaginale antérieure et postérieure.

Le col est petit, rosé, indolent ; le corps utérin très diminué de volume n'est plus sensible à la pression. Il est par-

faitement mobile dans le bassin, au lieu de présenter cette rigidité et cette quasi-immobilité qui existent souvent en pareil cas avant l'opération et qui pourraient en imposer pour de la péri ou paramétrite.

Aucune leucorrhée, le vagin est même sec et résistant.

Réflexions. — Notre maître nous disait qu'il pouvait nous communiquer beaucoup d'observations analogues, mais la chose lui paraît peu intéressante, tous ces cas semblent calqués les uns sur les autres à quelques détails près sans importance. Ces formes complexes sont réelles et fréquentes et méritent de la part du clinicien une analyse exacte, le succès n'est obtenu que si toutes les indications sont remplies. Ce qu'il est surtout indispensable de retenir, c'est la nécessité de faire une large résection des parties hypertrophiées du col et d'enlever toutes les parties atteintes de dégénérescence scléro-kystique. Les succès, c'est-à-dire le retour des douleurs et des écoulements muqueux avec augmentation consécutive du volume du col, ne sont dûs qu'à une exécution défectueuse des manœuvres et en partie à l'ablation incomplète des lésions parenchymateuses cervicales.

CONCLUSIONS.

1° Les causes susceptibles d'engendrer les métrites sont multiples; mais dans l'immense majorité des cas, elles sont d'origine puerpérale ou blennorrhagique. Ces deux formes ont une évolution particulière et des symptômes différents qui permettent le plus souvent de les séparer cliniquement;

2° Le gros col parenchymateux avec dégénérescence scléro-kystique, est le stade ultime de la métrite d'origine puerpérale avec déchirure cervicale et éversion de la muqueuse;

3° La métrite blennorrhagique dans sa forme légère est une inflammation superficielle qui aboutit finalement à l'endométrite cervicale glandulaire chronique;

4° L'endométrite hémorrhagique post-abortive n'est le plus souvent qu'une rétention aseptique d'un cotylédon placentaire;

5° Les troubles réflexes, gastriques ou nerveux, peuvent se montrer au cours de toute métrite, mais sont surtout fréquents dans les vieilles métrites puerpérales avec effondrement périnéal;

6° Le traitement des métrites est complexe :

a). Le curettage ne triomphe vraiment que du symptôme hémorrhagie.

b). Les formes catarrhales chroniques sont rarement améliorées par la curette seule; les soins post-opératoires, et particulièrement les cautérisations répétées de la mu-

queuse avec de la teinture d'iode ou du chlorure de zinc au vingtième, sont indispensables pour assurer la guérison et prévenir les réinoculations.

c). Les métrites chroniques avec gros col et dégénérescence scléro-kystique coïncident souvent avec un affaissement du vagin et du périnée. Ces formes méritent de la part du clinicien une analyse exacte ; le succès n'est obtenu que si toutes les indications sont remplies. L'intervention comprendra le curettage, une large résection des parties hypertrophiées du col et une colpo-périnéorrhaphie.

Vu : le Président de la thèse,

PAUL BERGER

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE.

- Bouilly.** — Traité de Pathologie Externe, T. IV, p. 345.
- Déchirure et ulcération du col. Semaine médicale, 5 septembre 1888. p. 345.
 - Traitement des endométrites par le curettage. Bulletin médical, 23 février 1890, p. 177.
 - Endométrite cervicale glandulaire chronique et son traitement. Semaine médicale, 22 février 1893, p. 77.
 - Bulletins de la Société de chirurgie. Discussion sur le curettage utérin, 1890.
- Cantin.** — Des lymphangites péri-utérines non puerpérales. Thèse de Paris, 1889.
- Courty.** — Article « Métrite ». Dict. Encyc. des S. médicales.
- Dolériss.** — Endométrite et son traitement. Nouvelles archives d'obst., et de gyn., 1887, p. 94.
- Considérations cliniques sur la métrite cervicale. Nouvelles archives d'obst. et de gyn., 1888, p. 509.
 - Pathogénie des affections du col. Nouvelles archives d'obst. et de gyn., 1890, p. 69.
 - Métrite du corps et du col. Bulletins de l'Acad. de méd., 5 août 1890.
- Dolériss et Bonnet.** — Métrite cervicale. Pathologie et thérapeutique du col utérin. Nouvelles arch. d'obst. et de gyn., 1891, p. 21.
- Delbet.** — Métrites. Traité de chirurgie, tome VIII. p. 362.
- Desfontaines.** — Traitement de la métrite du col. Thèse Paris, 1893.
- Emmet.** — Diseases of the womb.
- Forgues et Reclus.** — Thérapeutique chirurgicale, tome II.
- Grandmaison (de).** — Du traitement des endométrites. Gazette des hôpitaux, oct. 1889, p. 1101.
- « Des métrites. Gazette des hôpitaux, 8 mars 1890, p. 265.
- Hart et Barbour.** — De la lacération du col. Annales de gynécologie, 1883. Traduit par Rodet.

- Lauth.** — Du traitement de l'endométrite par le bâton de chlorure de zinc. Thèse Paris, 1888.
- Lacoarret.** — Nervosisme et troubles gastriques dans les affections chroniques de l'utérus. Archives cliniques de Bordeaux, 1892.
- Muret.** — Du rôle du système nerveux dans les affections gynécologiques. Nouvelles arch. d'obst. et de gyn., 25 juillet 1894, p. 313.
- Pescher.** — Opération de Schrœder. Thèse Paris, 1891.
- Picqué.** — Du curettage de l'utérus. Revue générale de clinique et thérapeutique, 1890, p. 113.
- Potherat.** — Du curettage de l'utérus. Revue générale de clinique et thérapeutique, octobre 1889, p. 687.
- Playfair.** — Note on the systematic treatment of nerve prostration connected with uterine disease. Lancet, 1881.
- Complications nerveuses des maladies utérines. Lancet, 25 avril 1891.
- Pozzi.** — Traité de gynécologie, p. 134
- Des métrites. Médecine moderne, 14 avril 1890, p. 645.
- Étiologie et pathogénie des métrites. Mercredi médical, 9 avril 1890, p. 157.
- Traitement chirurgical de la métrite. Semaine médicale, 4 février 1891, p. 37.
- Roussel.** — Troubles sympathiques cardiaques. Thèse Paris, 1890.
- Rohé.** — Rapports des maladies utérines et des troubles psychiques chez la femme. Am. Journal of obst., 1892.
- Sinéty (de).** — Article Utérus. Dict. Encycl. des S. Méd.
- Terrillon.** — De l'endométrite et son traitement. Bulletin général de thérapeutique, août 1889.
- Ulcérations du col de l'utérus. Bulletin médical, 6 nov. 1890, p. 355.
- Theilhaber.** — Corrélation entre les troubles gastro-intestinaux et les affections génitales de la femme. Berliner Klin. Woch., 9 oct. 1893.
- Testut.** — Anatomie descriptive. Tome III, Fascicule III, p. 1054.
- Wilson.** — Troubles réflexes dans les maladies de l'utérus. Soc. obst. de Philadelphie, 4 fév. 1886.

